

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

PUBLIÉES

Par le docteur A. DOYON

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

MM. BASSEREAU, BAUMÈS, BAZIN, L. BELHOMME, BERGERON, ERNEST DESNIER,
BOUCHARD, BUMSTEAD, CALVO, CLERC, DEVERGIE, DIDAY,
DRON, ALFRED FOURNIER, GAILLETON, GARIN, GUBLER, GUÉRARD,
GUIBOUT, HARDY, HEBRA, HILLAIRET, ICARD,
G. LAGNEAU, LAILLER, LANCEREAUX, LE BRET, H. LEE, L. LEFORT,
AINÉ MARTIN, MAURIAC, DE MÉRIC, A. NYSTRÖM, PELIZZARI, G. PROFÉTA, PH. RICORD,
RODET, ROLLET, SAINT-CYR, M. SÉE, DE SEYNES, E. VIDAL, ETC.

TOME SIXIÈME. — N° 1

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Place de l'École-de-Médecine, 47.

1874-1875

152 — JOURNAL OF THE MATHEMATICAL SOCIETY OF JAPAN

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

I.
RECHERCHES SUR LES ALTÉRATIONS DE LA SENSIBILITÉ DANS LES AFFECTIONS DE LA PEAU, par le Dr H. RENDU, interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris.

(Suite.)

Je rapprocherai de cet eczéma, entretenu par des moyens artificiels, les eczémas variqueux, où l'irritation est permanente et produite par la présence des veines sous-dermiques et intra-dermiques dilatées. J'ai bien souvent pratiqué cette recherche sur des individus porteurs d'eczémas variqueux avec ou sans ulcères concomitants; je suis toujours arrivé au même résultat. Les squames une fois tombées et la surface eczémateuse détergée, il est de règle d'observer une augmentation non douteuse de la sensibilité tactile et douloureuse; quant à la sensibilité thermique, elle m'a semblé presque toujours peu modifiée, quelquefois en plus, habituellement en moins. Les mêmes phénomènes du

resie se remarquent en général au pourtour des ulcères variqueux, dont la sensibilité est assez vive, malgré l'épaisseur souvent calleuse de la peau à ce niveau.

Autant jusqu'ici les modifications de la sensibilité, dans les différents groupes d'eczémas que je viens de passer en revue, sont peu appréciables, autant au contraire sont caractéristiques celles que l'on observe dans les eczémas arthritiques et dartreux.

Je ne crains pas d'affirmer que dans ces conditions bien déterminées, par exemple chez des individus atteints d'eczémas symétriques, nummulaires, on trouvera la sensibilité modifiée presque toutes les fois qu'on la cherchera. Depuis le mois de mars jusqu'à la fin de l'année je n'ai pas laissé passer un eczéma sans l'examiner à ce point de vue. Maintes et maintes fois j'ai répété les expériences à toutes les périodes de l'éruption et sur tous les points du corps ; les malades ont constamment accusé les mêmes impressions et leurs réponses n'ont jamais varié. Je crois donc que les résultats suivants s'appliquent à la généralité des cas d'eczéma diathésique, presque sans exception :

1° Il y a toujours, au niveau de la plaque d'eczéma, un notable degré d'*anesthésie tactile*. Le degré de cette anesthésie varie suivant les individus : le plus habituellement j'ai trouvé qu'il fallait un écart deux fois plus considérable à l'esthésiomètre, pour une égale perception, sur les parties malades et sur les parties saines. Cette anesthésie ne tient pas à la présence des croûtes ni des lamelles épidermiques qui recouvrent l'éruption, car les expériences ont été constamment faites après la chute de ces croûtes par un cataplasme.

2° La sensibilité thermique éprouve des modifications parallèles à celles du tact. Elle est constamment diminuée, et chez quelques malades elle est presque nulle, au moins pour l'appréciation des objets froids.

3° La sensibilité à la douleur reste au contraire absolument intacte, pour ce qui est de la douleur profonde. Quant à la douleur superficielle, elle est très-rarement émoussée; plus souvent on observe une légère hyperalgésie. Mais ces modifications sont fort peu caractérisées, et l'on peut dire que, dans la majorité des cas, le sens de la douleur est conservé dans son intégrité.

Les observations suivantes, qui se rapportent à divers spécimens d'eczémas diathésiques, sont la confirmation des propositions que je viens d'énoncer.

OBSERVATION VI. — *Eczéma chez un arthritique. — Diminution de la sensibilité au contact et à la température. — Hyperalgésie légère.*

Joseph B..., 55 ans, porteur à la halle, présente manifestement les caractères de l'arthritisme. Il a été soigné quatre mois à l'hôpital Lariboisière pour des rhumatismes. Il est sujet à des migraines qui lui reviennent tous les deux mois et a déjà eu plusieurs atteintes d'eczéma. Depuis trois ans il n'avait pas éprouvé de récurrence.

L'éruption qui l'amène à l'hôpital le 28 avril, date de près de quinze jours; elle occupe les pieds, les jambes et la face externe des cuisses et des fesses sous forme de placards disséminés assez secs, très-prurigineux. Sur les pieds, l'eczéma est plus humide, et en ce point la peau est recouverte de croûtes lamelleuses.

Au niveau des plaques les plus animées, on constate très-nettement que le contact de l'épingle est beaucoup moins bien perçu que sur la peau saine; par contre, la sensibilité à la douleur, loin d'être diminuée, est manifestement exaltée. Quant à la sensibilité thermique, elle se comporte comme la sensibilité tactile, mais elle est encore plus obtuse: c'est à peine si le malade a la sensation d'un objet froid métallique appliqué sur l'eczéma.

Les démangeaisons sont très-fortes, elles surviennent la nuit comme le jour, par intervalles et sous l'influence de la chaleur : c'est un mélange de prurit véritable et de picotements allant jusqu'à des élancements.

Le malade est soumis à l'enveloppement et aux bains d'amidon. — Le 15 mai, l'eczéma est déjà à l'état pityriasique, bien que la peau soit encore rouge et congestionnée au niveau des plaques. — La sensibilité tactile est à cette époque presque revenue complètement ; le sens de la température reste encore faible. — A la fin du mois, la guérison paraît complète : la peau présente encore un peu d'excoriation, les démangeaisons n'existent plus.

Le malade quitte l'hôpital le 1^{er} juin ; la sensibilité est alors revenue à son état normal.

OBSERVATION VII. — *Eczéma non symétrique nummulaire.*

— *Sensibilité tactile et thermique diminuée ; intégrité de la sensibilité à la douleur.*

Ernest L..., 16 ans, cordonnier, a déjà eu dans son enfance un eczéma de la tête et de la face. Vers l'âge de 14 ans, quelques plaques disséminées de même nature se montrèrent sur divers points du corps. Il souffrit à la même époque de douleurs articulaires surtout localisées à la hanche.

Il rentre à l'hôpital le 19 mai, pour un eczéma qui est revenu depuis quatre mois. L'éruption est limitée au bras droit et à la jambe gauche, sous forme de placards assez larges, circonscrits, assez suintants et irrités par le frottement des vêtements. Elle donne lieu à des picotements et à des démangeaisons pénibles.

A la surface des plaques, la sensibilité tactile est très-émoussée ; le contact d'un objet froid est à peine perçu ; la douleur, au contraire, est ressentie aussi vivement que

sur les régions saines. Ces altérations persistent les jours suivants, quand toutes les croûtes, tombées à la suite d'applications de cataplasmes, ne laissent voir qu'une surface rouge, luisante et amincie.

Le 24 mai, on applique sur les placards d'eczéma des bandes de caoutchouc qui modifient assez rapidement son apparence; on y joint, au commencement du mois de juin, des onctions d'huile de cade mitigée. En même temps que la plaque eczémateuse pâlit, la sensibilité tactile revient. Le 10 juin, l'eczéma est réduit à une surface où la peau a son apparence normale, à part une desquamation furfuracée. La sensibilité thermique et tactile sont intactes; mais l'épiderme nouveau étant encore très-mince, il semble que la douleur soit plus vivement perçue. Le malade sort guéri le 15 juin.

OBSERVATION VIII. — *Eczéma nummulaire arthritique, lichénoïde; obtusion de la sensibilité tactile et thermique; légère diminution de la sensibilité à la douleur.*

Ferdinand C..., 21 ans, sujet aux migraines, hémorrhéïdaire, a été soigné il y a deux ans pour un rhumatisme du deltoïde. Depuis cinq mois il a sur le dos de la main gauche une plaque d'eczéma sec fissuré; la peau à ce niveau a perdu sa souplesse, elle est sèche et notablement épaissie; la transpiration ne s'y fait pas non plus comme à l'état normal. Cette plaque est douloureuse et prurigineuse, surtout le soir. Il en existe deux autres analogues au niveau des mollets.

L'exploration de la sensibilité, une fois l'eczéma détergé par les cataplasmes de fécule, montre les modifications suivantes: sens du tact émoussé bien évidemment; impressions douloureuses perçues un peu moins vivement que sur les parties saines; enfin notion de la température pres-

que nulle. Ainsi, dans ce cas, il y a diminution de toutes les sensibilités, qui sont affectées dans l'ordre suivant : la température, le tact et la douleur.

Enveloppement avec le caoutchouc. Cérat dans l'intervalle sur les points fissurés. Traitement alcalin à l'intérieur.

Au bout d'un mois de séjour, le malade sort guéri, et la sensibilité est revenue à l'état normal.

OBSERVATION IX. — *Eczéma généralisé ; plusieurs poussées successives. — Diminution du tact et du sens de la température ; hyperalgésie légère.*

Victor C..., 29 ans, épicier, homme très-vigoureux, sans antécédents diathésiques autres que des migraines, entre le 7 avril à la salle Saint-Léon. Depuis quatre mois il est atteint d'un eczéma généralisé qui couvre, sous forme de petites plaques plus ou moins confluentes, la plus grande partie du corps, à peu près symétriquement. Huit jours avant son entrée, l'affection a subi une nouvelle poussée très-aiguë et s'est étendue à toute la face. Elle est prurigineuse et assez suintante.

Au moment de son arrivée, la recherche de la sensibilité cutanée n'est pas pratiquée. Le malade est enveloppé dans le caoutchouc, soumis à des purgatifs légers répétés, et baigné tous les deux jours (bains d'amidon).

Après avoir passé par une période aiguë, l'éruption commence, au bout d'une dizaine de jours, à pâlir et à s'atténuer ; la plupart des placards sont effacés, les démangeaisons ont presque disparu.

Trois jours après survint, en quelques heures, à la suite d'un refroidissement, une nouvelle poussée intense d'eczéma sur les cuisses et les jambes. Le soir même, l'ex-

ploration de la sensibilité donne les résultats suivants, d'autant plus remarquables que l'éruption est à sa période de début, congestive. Au niveau des plaques erythémateuses la notion du contact est très-émoussée; la douleur, au contraire, est perçue plus nettement. La température, en revanche, est très-mal appréciée et à peine sentie.

Cette nouvelle poussée d'eczéma ne dure pas; dès le lendemain les plaques sont déjà un peu atténuées. Le 26, elles ont pâli et la sensibilité est redevenue à peu de chose près normale. Depuis, l'éruption ne reparut pas, mais le malade fut pris d'une névralgie faciale à forme intermittente, puis de vrais accès fébriles intermittents succédèrent au sulfate de quinine.

OBSERVATION X. — Eczéma symétrique des membres et des extrémités avec prédominance du côté droit. — Diminution de la sensibilité au contact et à la température, conservation de la sensibilité à la douleur.

Rosalie M. . . , âgée de 20 ans, blanchisseuse, a eu des gourmes à l'âge de 7 ans, et à plusieurs reprises des poussées d'eczéma. Elle n'est pas sujette aux migraines ni aux douleurs articulaires; sa menstruation est irrégulière.

Depuis deux mois, elle a vu se développer des placards d'eczéma sur des régions symétriques, et de préférence au niveau des plis articulaires. L'éruption est distribuée sur le dos de la main, à la face interne du medius et de l'annulaire; les autres doigts, de chaque côté, sont épargnés. Tous les plis de flexion des jointures, sauf les aisselles, sont eczémateux, et pour les membres supérieurs comme pour les inférieurs les lésions sont beaucoup plus considérables du côté droit que du côté gauche, sans que la malade ait employé aucun agent susceptible d'irriter son mal. Cette différence se retrouve même pour les placards d'eczéma qui occupent le dos de la main.

Chaque plaque est sèche, fissurée, douloureuse, légèrement lichénoïde, quoique la peau ne soit pas notablement épaissie.

La sensibilité est très-émoussée sur la plaque : même une fois les squames tombées, après enveloppement dans le caoutchouc, la pointe de l'épingle est à peine sentie ; la perception de la température est également peu distincte. La douleur, au contraire, est aussi bien sentie sur les points malades et sur les parties saines.

(Houblon ; bains alcalins ; enveloppement par le caoutchouc ; onctions avec le cérat.)

Le 14 mai, au bout de dix jours de traitement, les plaques ont cessé de desquamer, la peau a recouvré sa souplesse : il ne reste plus qu'un état luisant et congestif des plaques. La sensibilité au tact et à la douleur est revenue à son intégrité, mais la sensibilité à la température reste encore un peu obtuse.

La malade quitte l'hôpital le 23 mai, guérie ; toutes les sensibilités sont normales.

OBSERVATION XI. — Eczéma invétéré, disposé en placards symétriques. — Diminution de la sensibilité tactile et thermique ; sensibilité à la douleur plutôt exaltée.

Jean P. . . , carrier, âgé de 61 ans, n'a jamais fait de maladies sérieuses. C'est un homme d'un tempérament sec, nerveux, sujet quelquefois aux migraines. Il y a 27 ans, il eut déjà de l'eczéma des membres. L'hiver il a des bronchites assez tenaces et de la blépharite chronique.

L'eczéma qui l'amène à l'hôpital date de huit ans ; il ne l'a jamais quitté et est presque toujours resté localisé aux bourses et aux aisselles. En ce moment, l'éruption est symétriquement distribuée sur les bras, les avant-bras, les aisselles, le scrotum et le pli de l'aîne. Elle affecte la forme d'un eczéma sec, fendillé, surtout au scrotum ; elle est ex-

cessivement prurigineuse et entraîne l'insomnie. Malgré l'ancienneté de l'éruption, la peau n'est que rugueuse, sans épaississement véritable. Les ganglions correspondants aux plaques sont volumineux.

L'exploration de la sensibilité montre une diminution évidente de la sensibilité tactile et thermique; au contraire, les impressions douloureuses sont plus vivement perçues que sur la peau normale.

(Bains d'amidon; enveloppement dans le caoutchouc; une cuillerée de solution d'arséniate de soude.)

Quelques jours après son entrée, la peau a repris de la souplesse mais reste encore luisante et squameuse. La sensibilité tactile est moins émoussée qu'au début, mais elle n'est pas revenue à son état naturel.

Le malade, sur ces entrefaites, demande à quitter l'hôpital.

OBSERVATION XII. — *Eczéma symétrique des membres, anesthésie tactile et thermique. — Intégrité de la sensibilité à la douleur.*

François C..., âgé de 52 ans. Cet homme qui s'est toujours bien porté, a été pris d'eczéma il y a trois semaines. Il attribue l'origine de son mal à une perte d'argent qui l'aurait vivement contrarié. L'affection a débuté par des démangeaisons très-vives et une sensation de brûlure et de cuisson aux points où plus tard apparurent les rougeurs. Actuellement l'eczéma occupe les membres, le cou et les organes génitaux; il respecte le tronc. Au cou et au pubis, il est suintant et très-confluent; sur les membres, il est disposé par placards symétriques au niveau des plis articulaires et sur la face antérieure de l'avant-bras. Par une singulière exception, les aisselles ne sont pas atteintes.

Au niveau des plaques, la sensibilité est notablement altérée. Le sens du tact est émoussé de moitié. Là où l'esthésiomètre marque un écartement de 9 millimètres,

pour la peau saine, il faut 18 millimètres pour que la perception sur la plaque soit égale. La sensibilité à la douleur superficielle est conservée. Quant à la sensibilité thermique, elle est diminuée au moins dans la même proportion que la sensibilité tactile. Ces expériences sont faites à plusieurs reprises sur des placards en voie de croissance, qui ne sont recouverts ni de croûtes, ni de squames pouvant amortir mécaniquement la sensibilité.

(Caoutchouc; glycérolé d'amidon; un verre d'eau de Sedlitz tous les deux jours.)

Un mois après son entrée, il quitte l'hôpital. Le contact et la douleur sont régulièrement perçus, mais l'appréciation des différences de température laisse encore à désirer. A part un peu de rougeur, la peau a repris son état normal.

Ces faits, que j'aurais pu multiplier, car ils sont presque d'observation courante, me semblent offrir un grand intérêt.

Voici en effet des éruptions qui s'accompagnent de prurit, de chaleur de la peau, de rougeur, bref, d'une partie des signes extérieurs de l'inflammation. On s'attend à constater, comme dans les phlegmasies franches, une augmentation de la sensibilité aux points affectés; c'est le contraire qui se produit, et cela d'une façon presque constante, que l'eczéma soit ancien ou qu'il date de la veille, qu'il couvre tout le corps ou se circoncrive à quelques placards disséminés. Est-ce à dire qu'il n'y a pas inflammation de la peau? Non, car les recherches micrographiques démontrent qu'il se fait dans ces cas un travail irritatif dans le corps muqueux de Malpighi. Il y a donc un élément phlegmasique, mais tout particulier, spécifique, si l'on peut ainsi dire, et qui a sa localisation précise. Car habituellement les portions les plus superficielles de la peau sont les seules atteintes. Sans discuter ici la question de la

nature de l'affection, ce qui trouvera mieux sa place dans un autre chapitre, je ne puis m'empêcher de faire remarquer que l'eczéma diathésique, par sa disposition générale, par la symétrie fréquente de sa distribution, par sa ténacité extraordinaire, malgré la superficialité de la lésion, s'écarte complètement du type de la dermite ordinaire, comme la comprennent encore aujourd'hui les Allemands. J'ajouterai que l'existence de modifications de la sensibilité au niveau des parties malades me paraît un argument d'une réelle valeur en faveur de la spécificité de la maladie, et aussi, pour le dire par avance, de l'intervention du système nerveux dans sa production. Je reviendrai d'ailleurs sur ce point avec plus de détails ; en ce moment je tiens seulement à établir les faits.

C. — *Lichen et prurigo.*

Les modifications de la sensibilité que l'on observe dans le cours de l'eczéma forment la transition à ce que l'on voit dans le lichen (1), qui souvent n'en est qu'une conséquence éloignée. Au point de vue de la sensibilité on peut dire en effet que le lichen présente, exagérés, presque tous les caractères de l'eczéma. Ici, le symptôme dominant est le prurit, véritable perversion de la sensibilité. La démangeaison est incessante, elle dure jour et nuit, prive les malades de sommeil, et rend parfois l'existence véritablement insupportable. Tout le monde connaît le tableau saisissant qu'en a fait Alibert. Ce symptôme avait également frappé M. Cazenave, à ce point que considérant l'éruption papuleuse comme secondaire, il envisageait le lichen et le prurigo comme une véritable névrose, héréditaire et diathésique. La thèse de M. Canuet est tout entière destinée à défendre cette idée, et il insiste

(1) J'ai surtout en vue le lichen généralisé, l'ancien lichen agrius.

sur ce point, que l'éruption peut manquer, tandis que le prurit ne fait jamais défaut.

L'examen de la sensibilité dans des cas analogues, tout en confirmant l'observation générale de M. Cazenave, infirme en partie son interprétation. En effet, pour cet auteur il s'agit avant tout d'une dermalgie, d'une hyperesthésie généralisée de la peau, qui donnent lieu aux vives démangeaisons dont se plaignent les malades. Or, c'est là une erreur. Chez plusieurs individus affectés de lichen agrius avec prurit assez violent pour leur interdire tout sommeil, j'ai plusieurs fois vérifié ce fait, à savoir que la sensibilité tactile, loin d'être exagérée, est au contraire notablement émoussée; il en est de même de la sensibilité thermique, qui est presque nulle. Ce phénomène tient-il à l'épaississement de la couche épidermique qui empêche l'impression de se transmettre aussi directement à la papille du derme? L'explication paraît au premier abord plausible; pourtant, sans la rejeter complètement je ne la crois pas exacte. Vient-on en effet à explorer, sur cette peau épaissie et hypertrophique, la sensibilité à la douleur, on voit qu'elle n'a subi aucune modification, et que la plus petite impression, même superficielle, de la pointe de l'aiguille, est perçue aussi douloureusement que sur la peau la plus normale. A ce point de vue il y a fort peu de différence entre l'eczéma et le lichen, sauf que dans cette dernière affection le prurit est beaucoup plus considérable. C'est donc là une simple perversion de la sensibilité, on pourrait presque dire une sensation subjective, dont on retrouve, à un degré atténué, l'analogie dans l'eczéma. Effectivement, s'il est des formes peu prurigineuses de cette maladie, il en est d'autres qui s'accompagnent de démangeaisons presque aussi insupportables que celles du lichen. On sait que pour M. Bazin ces différences d'intensité et ces variétés de sensation constituent des caractères importants pour le

diagnostic de la diathèse originelle, l'eczéma arthritique se caractérisant par des picotements et des élancements douloureux, l'eczéma herpétique par des démangeaisons vives et une sensation de brûlure. Que l'on suppose cette dernière sensation portée à son maximum, on aura le lichen.

Les deux observations suivantes montrent bien que le prurit ne correspond pas à l'hyperesthésie cutanée, comme le voulait M. Cazenave.

OBSERVATION XIII. — *Lichen agrius invétéré. Prurit incessant. Sensibilité tactile et thermique moindre. Sensibilité à la douleur normale.*

Antoine Riffet, âgé de 59 ans, a déjà été soigné à plusieurs reprises pour l'affection qui l'amène à l'hôpital. C'est un homme assez maigre, mais vigoureux, et n'ayant jamais été malade. Même en pleine santé, il a toujours la peau sèche, ne transpire presque jamais, et se plaint de démangeaisons continuelles.

Lors de son admission, tout le corps est couvert d'une éruption papuleuse qui, discrète sur le tronc, devient confluyente aux membres, surtout aux avant-bras dans le sens de l'extension, et aux jambes dans le sens de la flexion. De chaque côté, les plaques de lichen sont exactement symétriques. En ces points, la peau est hypertrophiée, rugueuse, ses plis normaux sont exagérés, et il y a même quelques fissures. Sur leur surface, on voit des papules petites, surmontées de croûtelles sanglantes et mêlées à des traînées de grattage. L'éruption est excessivement prurigineuse, aussi bien à la chaleur qu'au froid; c'est un mélange de picotements et de brûlure fort pénible pour le malade. Cependant, malgré l'excessif prurit, la peau n'est pas plus sensible aux impressions tactiles, celles-ci même sont évidemment émoussées.

Le malade est enveloppé dans un vêtement de caoutchouc pendant la nuit, graissé avec du cérat pendant le jour : bains d'amidon trois fois par semaine.

Trois semaines après, le 9 mai, les plaques de lichen ont pâli, mais la peau, quoique plus souple, reste toujours épaissie. La sensibilité tactile et la sensibilité thermique sont encore faiblement perçues, les impressions douloureuses sont ressenties comme à l'état normal.

OBSERVATION XIV. — *Lichen invétéré. — Sensibilité à peine modifiée, malgré un prurit considérable.*

Louis Carol, âgé de 21 ans, entre dans le service le 15 juin, pour un lichen invétéré depuis l'âge de six mois. Jamais l'éruption n'a disparu, et elle s'accompagne de démangeaisons assez fortes pour amener de l'insomnie.

Comme dans le cas précédent, elle siège de préférence sur les avant-bras, les bras, les jambes et les cuisses. La peau, sur ces régions, est rugueuse, parcheminée, grenue ; elle offre une teinte blanchâtre et un aspect pulvérulent. Elle est manifestement hypertrophiée et n'a plus sa souplesse normale. La transpiration est presque nulle sur les plaques de lichen. L'exploration de la sensibilité, sur les parties les plus altérées, montre que le sens du tact et le chatouillement persistent presque intégralement. A l'avant-bras, l'esthésiomètre donne un écartement de 30 millimètres pour la perception distincte, au niveau des portions de peau saines, et sur les plaques lichénoïdes un écart de 33 millimètres ; c'est donc une différence de 3 millimètres seulement en faveur de la peau saine. Les impressions de température sont aussi moins bien perçues au niveau des surfaces malades. Quant à la sensibilité à la douleur, elle est tout à fait conservée, et la piqûre de l'aiguille s'accompagne d'un suintement sanguinolent aussi prononcé que

sur la peau la plus normale. Le malade se plaint surtout de prurit, qui est incessant et qui ne lui laisse pas une nuit tranquille. À part cela, sa santé est bonne, il ne souffre que par intervalle de quelques migraines.

Le traitement consiste en frictions au glycérolé d'amidon et en bains d'amidon, concurremment avec l'emploi de préparations arsenicales à l'intérieur. Au bout d'une quinzaine, il quitte le service, sur sa demande, en voie d'amélioration. Les démangeaisons ont diminué et la peau est devenue moins rugueuse.

Je rapprocherai de ces cas, où l'éruption était bien nette, un fait que j'ai observé au commencement de l'année, et qui me paraît du même genre. Il s'agit d'une femme d'un tempérament nerveux prononcé, sujette aux migraines et aux gastralgies, mais dont la santé générale était bonne. Elle ne souffrait absolument que d'une démangeaison insupportable, s'exaspérant la nuit au point qu'elle ne pouvait tenir dans son lit, et qu'elle était tentée de s'arracher la peau du cou et de la poitrine. Nulle part elle ne présentait la plus petite éruption cutanée, pas la moindre trace de papules. Or, malgré ce prurit excessif, la peau n'était nullement hyperesthésique, et elle paraissait jouir complètement de sa sensibilité normale. Cette affection résista avec obstination aux alcalins intra et extra, puis aux préparations arsenicales. La malade éprouva un soulagement passager de l'emploi d'une pommade au chloral; mais elle était loin d'être guérie quand elle quitta la salle. Je ne l'ai pas revue depuis.

En résumé, dans le lichen, comme dans l'eczéma, il existe des modifications appréciables de la sensibilité, qui portent presque toujours à la fois sur la sensibilité tactile et thermique sans intéresser la sensibilité à la douleur. Pourtant il n'y a pas identité entre ces deux affections, même à ce point de vue

spécial, quoique des analogies bien grandes les rapprochent. Le prurit de l'eczéma atteint rarement l'intensité de celui du lichen (prurigo de Hebra); en revanche, la sensibilité tactile m'a toujours paru plus émoussée à la surface des eczémas que sur les plaques de lichen, quoique dans ces dernières l'épiderme soit manifestement hypertrophié; nouvelle preuve que ces modifications de la sensibilité ne tiennent pas uniquement à des conditions locales de la peau, et qu'elles sont soumises à une influence plus générale. Je reconnais toutefois qu'il y a des cas mixtes où ces différences sont difficilement appréciables. Tels sont ceux où l'on voit un eczéma invétéré se transformer à la longue en une éruption exclusivement papuleuse.

D. — *Pityriasis rubra*.

Je serai bref sur ce chapitre, car l'exploration de la sensibilité est loin de donner des résultats aussi nets que dans l'eczéma, et, d'après les cas qui m'ont passé sous les yeux, je n'ai pu me faire une opinion bien précise. D'ailleurs, ces faits sont en assez petit nombre, car le pityriasis exanthématique, non parasitaire, n'est pas une éruption commune. Voici en quelques mots les résultats auxquels je suis arrivé en étudiant cette affection.

La plupart du temps, je n'ai constaté aucune modification évidente au niveau des plaques pityriasiques; elles se comportaient alors comme un de ces érythèmes fugaces que j'ai signalés, et dans lesquels la rougeur et le prurit constituent les seuls signes appréciables. Il est à remarquer, en effet, que le prurit ne manque pour ainsi dire jamais, et que c'est le symptôme qui amène ordinairement les malades à l'hôpital. Dans un cas simple, l'affection se comporte comme un exanthème aigu passager, et guérit en quelques semaines.

Je trouve notée dans deux de mes observations un peu d'hyperesthésie tactile au niveau des plaques. Le contact de l'aiguille détermine alors une sensation de chatouillement assez prononcée qui réveille le prurit. Cette particularité s'est notamment rencontrée chez un homme atteint depuis plusieurs années de psoriasis limité aux genoux et aux coudes, et qui depuis trois mois présentait en outre une éruption pityriasique assez confluyente sur le tronc. Du reste, sur ce malade, l'hyperesthésie était bornée uniquement aux impressions tactiles; la douleur, comme les variations de température étaient perçues avec autant de netteté que sur les parties saines.

A côté de ces faits, dans lesquels les modifications de la sensibilité étaient réellement insignifiantes, j'en ai trouvé deux où il y avait au contraire une perturbation notable de la sensibilité, caractérisée par une analgésie plus ou moins complète, suivant les différentes régions du corps.

L'analgésie n'existait qu'aux points précis où se voyaient les plaques éruptives: elle disparut avec l'affection; par suite, il n'est pas douteux qu'elle n'ait été sous sa dépendance. Voici l'un de ces faits où ces troubles furent le plus prononcés.

OBSERVATION XV. — *Pityriasis rubra circinné*. — *Diminution de la sensibilité tactile et analgésie très-prononcée au centre des plaques*. — *Guérison*.

Auguste L..., sellier, âgé de 20 ans, entré salle Saint-Léon, le 21 avril 1873.

Ce jeune homme, d'une fort bonne santé, a vu apparaître, il y a quinze jours, après un excès de table, une tache rosée à la partie antérieure du cou; d'autres survinrent dans le voisinage, et l'éruption, après être restée huit jours environ cantonnée au cou, descendit sur la poitrine et sur les membres.

Actuellement, toutes ces parties sont couvertes de taches d'un rose pâle, tirant légèrement sur le jaune ; les plaques sont un peu surélevées et forment un relief que l'on sent en passant le doigt sur la peau ; au début c'est une petite papule, arrondie et lenticulaire ; plus tard, cette papule se développe excentriquement et prend une disposition annulaire et circinnée. A cette période, elle offre à considérer deux parties distinctes : un bourrelet circonférentiel saillant, de couleur rouge, recouvert par une série de squames furfuracées ou lamelleuses ; un centre plus déprimé où la peau est lisse, luisante et comme lustrée, avec une teinte jaune pâle. En grattant cette surface centrale, on y détermine également une desquamation farineuse.

L'exanthème, avec ce caractère, occupe tout le tronc, les membres supérieurs symétriquement jusqu'aux poignets et les membres inférieurs jusqu'à la moitié postérieure des cuisses. Les jambes et les pieds sont indemnes, ainsi que les organes génitaux.

Or, si l'on vient à explorer la sensibilité au niveau de ces plaques, on constate une diminution de la sensibilité tactile, peu manifeste sur le bourrelet périphérique, mais non douteux au centre de chaque anneau. La piqûre superficielle de l'aiguille, quoique perçue, détermine une douleur bien moins vive que sur les parties saines voisines, et si on l'enfonce brusquement, surtout dans certaines régions, comme la fesse par exemple, on peut traverser toute la peau sans provoquer de la part du malade autre chose qu'une sensation de contact.

L'expérience a été répétée à plusieurs reprises. M. Besnier en a été témoin, ainsi que les élèves du service : l'introduction d'une épingle jusqu'à la tête ne provoquait pas la plus petite contraction des masses musculaires voisines, tandis que, sur les parties saines adjacentes, la moindre

piqûre était accompagnée de la contraction instantanée de ces masses musculaires.

Il y a lieu également de noter ce fait singulier : c'est que sur les points analgésiques la piquûre ne provoque aucun suintement sanguin, tandis que, sur les parties sensibles, une piquûre moins forte est immédiatement suivie de la sortie d'une gouttelette de sang ; par contre, la sensibilité à la température ne paraît en aucune façon modifiée, et, chose remarquable, malgré l'intensité et la confluence de l'éruption, elle ne donne pas lieu à la moindre démangeaison.

(Bains de vapeur, trois fois par semaine ; — 1 verre d'eau de Sedlitz tous les deux jours.)

Au bout d'une quinzaine de jours l'éruption a pâli et en partie disparu sur le tronc ; elle progresse vers les jambes et les poignets.

Le 10 mai, elle est localisée aux fesses, aux jambes et aux poignets. On constate encore, sur les fesses, une analgésie complète (elle l'est beaucoup moins aux poignets). La sensibilité tactile est revenue complètement à l'état normal.

A la fin du mois, les dernières plaques des poignets et des cuisses pâlisent et disparaissent à leur tour ; on n'en retrouve plus de traces dans les premiers jours de juin, et la sensibilité est pourtant intacte. Le malade quitte l'hôpital, guéri, le 8 juin.

Il est curieux de rapprocher ce fait de l'observation II de ce mémoire, relative à un cas d'érythème marginé avec diminution de la sensibilité. Chez les deux malades, même disposition générale de l'éruption, même apparence, sauf une furfuration bien plus abondante chez ce dernier ; mêmes modifications de la sensibilité, à des degrés variables, au centre de chaque anneau, tandis que sur le bour-

relet périphérique elle reste à peu de chose près normale.

Je ferai remarquer également que pour cette éruption de pityriasis il est encore bien difficile de faire entrer purement et simplement en ligne de compte, comme explication de l'analgésie, les modifications anatomiques de la peau : c'est un contraste assurément imprévu de voir la sensibilité aussi troublée dans une éruption qui paraît au premier abord si insignifiante.

E. — *Troubles de la sensibilité dans le psoriasis.*

Ce que je viens de dire du pityriasis et de ses variétés peut s'appliquer avec de légères différences au psoriasis. Au point de vue de la sensibilité, cette affection ne se comporte pas d'une façon uniforme, et il importe de distinguer des catégories différentes, suivant les allures que revêt l'éruption.

Il est d'abord toute une classe de psoriasis dans lesquels je n'ai jamais constaté de modification bien nette de la sensibilité. Je vous parle de ces cas où les éléments squameux sont dispersés, sous forme de gouttes discrètes, sur toute la surface du corps, sans former de groupes figurés ni de plaques d'une certaine étendue. C'est là un des types les plus fréquents qui se présentent; aussi l'occasion de rechercher l'état de la sensibilité dans ces circonstances ne m'a point fait défaut. Or, je n'ai jamais rencontré que des modifications absolument insignifiantes, qu'il faut attribuer, je crois, à l'épaississement de l'épiderme au point malade, et qui se traduisent quelquefois, pas toujours, par une légère diminution de la finesse du tact. Ce résultat négatif s'observe même sur les sujets chez lesquels les gouttes de psoriasis, au lieu d'être disséminées irrégulièrement à la surface du corps, prennent une certaine symétrie d'ensemble; à part le prurit, chacun de ces éléments

se comporte à peu de chose près comme la peau saine. Il est bien évident que pour se mettre dans les conditions de l'expérience il faut avoir préalablement détaché le couvercle de squames qui recouvre les taches congestives.

Un autre type de psoriasis comprend tous ceux chez lesquels les plaques squameuses forment de grands placards plus ou moins confluents, en général disposés symétriquement aux coudes et aux genoux. Ceux-ci m'ont donné en général quelques résultats, et les modifications que j'ai rencontrées alors ne s'éloignent pas sensiblement de celles que présente l'eczéma diathésique; c'est-à-dire que la sensibilité tactile et thermique deviennent plus ou moins obtuses, tandis que les perceptions douloureuses se maintiennent dans leur intégrité ou ne subissent que de faibles variations.

Mais si le fait en lui-même est facile à constater, son interprétation est beaucoup plus sujette à caution, car la production exagérée d'écailles épidermiques se reproduisant continuellement et fort inégalement réparties chez les différents malades, introduit dans le problème beaucoup de causes d'erreur. Aussi je n'attribue qu'une médiocre importance à ces résultats. Voici, par exemple, une observation qui peut servir de spécimen pour une foule de cas analogues.

OBSERVATION XVI. — *Psoriasis disposé par larges plaques circonscrites. — Diminution de la sensibilité tactile et thermique au niveau des plaques, intégrité des perceptions douloureuses.*

Félix Garin, 31 ans, maréchal ferrant, présente tous les attributs du tempérament arthritique : il est grand, fortement musclé, à plusieurs reprises il a eu des douleurs articulaires, et toutes les jointures sont atteintes plus ou moins d'arthrite sèche ; il porte également des varices aux jambes.

Depuis 14 ans, il est affecté d'un psoriasis qui est resté toujours limité, sous forme de plaques modérément épaissies, circonscrites, à squames adhérentes, disposées irrégulièrement aux coudes, aux jambes, aux cuisses; au niveau de ces points, la sensibilité de contact et de température est notablement émoussée, bien que les squames soient en partie tombées. La douleur est perçue aussi bien que sur les parties voisines. L'affection est très-prurigineuse.

Le malade est soumis au traitement alcalin, auquel on joint les frictions locales de savon cadique. Au bout d'un mois il quitte l'hôpital, conservant encore ses plaques sous forme de macules légèrement congestives, la sensibilité est revenue presque complètement à l'état normal; il reste cependant une légère obtusion du sens du tact.

Il est toutefois des cas où cette forme de psoriasis en grandes plaques s'accompagne de troubles de la sensibilité très-appreciables : c'est quand la poussée éruptive est très-forte et que l'exanthème prend l'aspect scarlatiniforme. Le fait suivant, que j'ai suivi en grand détail, en est un bel exemple.

OBSERVATION XVII. — Psoriasis scarlatiniforme très-intense. — Diminution de la sensibilité tactile et thermique; hyperalgésie passagère.

Marie F..., âgée de 36 ans, atteinte d'un psoriasis tenace depuis 8 ans, arrive le 20 avril dans le service avec une nouvelle poussée des plus intenses; l'éruption occupe le siège et les membres sous forme de larges plaques écailleuses et fissurées; au tronc, ce ne sont que des éléments circonscrits peu nombreux et sans confluence. Aux points les plus malades, toute la peau est tuméfiée, d'un rouge livide, chaude et douloureuse, tout à fait analogue à une scarlatine en voie de desquamation. Si l'on vient à explorer

la sensibilité de ces parties, on constate avec une grande évidence que le sens du tact est très-émoussé, ainsi que la perception de la température. En revanche il existe une hyperalgésie manifeste pour les piqûres superficielles. La peau est également le siège d'une sensation permanente de brûlure, et parfois de démangeaisons très-vives.

Du reste, l'intensité de l'éruption est telle, qu'elle a déterminé un véritable état fébrile, le pouls dépasse 110 pulsations, il est inégal, irrégulier et l'auscultation du cœur révèle des contractions désordonnées, un dédoublement du 2^e bruit et parfois un véritable souffle systolique passager près de la base.

La malade est soumise à l'enveloppement dans du caoutchouc, bains d'amidon tous les jours, onctions avec du cérat simple.

Les jours suivants l'éruption est encore en croissance, et gagne les deux mains, qui se dépouillent complètement. A plusieurs reprises pendant cette période, la sensibilité est explorée sur tous les points du corps : au niveau des parties dépouillées on trouve toujours les mêmes résultats, plus prononcés encore ; ainsi, le 26 avril, l'impression d'un corps froid est à peine perçu, tandis que l'hyperalgésie est extrême. L'insomnie et les palpitations continuent ; les phénomènes stéthoscopiques persistent du côté du cœur.

On ajoute à la prescription de la macération de digitale et une pilule d'extrait thébaïque le soir.

A partir du 3 mai la poussée paraît terminée, et il ne se fait plus de nouvelles taches congestives, mais la démangeaison continue sur les points préalablement atteints. Le sens du tact et celui de la température sont toujours fort émoussés, mais l'hyperalgésie est moins prononcée.

20 mai. — Les plaques commencent à pâlir et à sécréter moins d'épiderme, mais la cuisson persiste, quoique moindre, et les nuits sont encore agitées. La sensibilité au

niveau des points malades est encore loin d'être normale, et elle n'a presque pas varié depuis une quinzaine ; en revanche le souffle cardiaque a disparu, la fièvre est tombée ; il ne reste que de légères intermittences dans les contractions du cœur.

10 juin. — Les plaques sont réduites à des taches d'un rose pâle, et il n'y a pour ainsi dire plus de reproduction de squames nouvelles. Cependant les sensibilités tactile et thermique sont encore un peu moins bien appréciées, tandis que les impressions douloureuses sont ressenties avec plus d'intensité. Les palpitations ont tout à fait disparu, ainsi que l'insomnie.

20 juin. — La peau est redevenue absolument normale, et l'on ne pourrait pas supposer qu'elle a été le siège d'une éruption aussi confluyente. La sensibilité ne présente plus de différence d'avec les parties saines.

Cette observation me semble démontrer d'une façon absolue l'existence de véritables troubles de la sensibilité liés au psoriasis. Effectivement, malgré des phénomènes inflammatoires assez marqués pour provoquer de la fièvre, à aucune période de l'affection je n'ai pu trouver la moindre hyperesthésie tactile ; au contraire, l'obtusion du sens du tact alla décroissant avec l'éruption elle-même. Je trouvai aussi chez cette malade la présence des troubles nerveux, caractérisés par les palpitations et les intermittences cardiaques. Sans oser affirmer que ce ne soit pas là une simple coïncidence, il est remarquable que ces troubles se développèrent sous nos yeux, s'accrurent au plus fort de l'éruption, et disparurent avec elle ; en sorte que la même cause inconnue qui avait amené l'exanthème cutané paraît avoir retenti sur le centre circulatoire. J'ajouterai que ces palpitations, ces intermittences et ce souffle, assez marqués un instant pour qu'on eût pu craindre une affection

organique, étaient de nature purement nerveuse, puisque dans les quinze derniers jours de son séjour à l'hôpital, il fut impossible de saisir la moindre modification dans le rythme des battements du cœur, et, d'autre part, qu'ils n'étaient pas dus à de l'anémie. Si des faits du même ordre se répétaient souvent, il me semble qu'ils auraient une grande valeur pour démontrer l'influence du système nerveux sur les affections cutanées.

Jusqu'ici, les modifications observées chez les psoriasiques se rapprochent de celles que l'on rencontre dans l'eczéma. Mais il est toute une classe de psoriasis qui s'écartent absolument de ce type, et qui s'accompagnent au contraire d'un degré très-appreciable d'*analgésie*; je veux parler de ces cas où l'éruption, d'abord groupée, suit un développement centrifuge et dessine des anneaux plus ou moins considérables, constitués par un bourrelet périphérique saillant et une portion centrale déprimée. Cette variété du psoriasis circinné, dont j'ai pu voir quelques beaux exemples, s'accompagne parfois de modifications plus ou moins profondes de la sensibilité, mais je ne saurais dire ni quelle est la fréquence de ce symptôme, ni dans quelles conditions spéciales il se rencontre de préférence. Il était fort net dans les deux observations suivantes.

OBSERVATION XVIII. — *Psoriasis circinné généralisé.*
Anesthésie et analgésie légère au centre des anneaux.

Louis D..., âgé de 30 ans, charbonnier, est affecté de psoriasis depuis sept ans; à chaque récive, les attaques deviennent plus fortes et plus fréquentes. Il se présente le 15 juin dans l'état suivant : Tout le corps est couvert d'une éruption caractérisée par de grands cercles circinnés, irrégulièrement disposés, à bords mousses et lobés. Le bourrelet périphérique est d'une couleur rouge cuivrée, recou-

vert de squames brillantes et lamellaires, et forme un relief appréciable. En dedans de ces grands anneaux, la peau a son apparence normale; sur certains points on voit des zones concentriques intérieures plus pâles.

La sensibilité tactile, au niveau des anneaux et surtout dans leur intérieur, est très-obtuse; il existe également une analgésie notable, surtout à la piqure superficielle; cependant, lorsqu'on traverse complètement la peau, le malade ressent un peu de douleur. Quant aux impressions thermiques, elles continuent à être perçues, mais moins nettement que sur les parties saines.

L'éruption est très-prurigineuse, elle s'exaspère sous l'influence du moindre écart de régime. La démangeaison se fait sentir surtout au niveau de la bordure des anneaux.

Il existe de plus, dans l'intérieur de ces anneaux, une perturbation de la sécrétion sudorale, car la peau est en ces points sèche et rugueuse, tandis qu'elle est lisse et moite dans l'intervalle.

Le malade est soumis à l'enveloppement par le caoutchouc et à l'action des bains savonneux; on y joint plus tard des onctions avec le cérat.

Dès le 27 juin, l'amélioration est déjà évidente. Les anneaux ne s'accroissent plus excentriquement, et le bourrelet périphérique s'affaisse. La sensibilité au tact et à la douleur est encore émoussée, mais l'analgésie est moins prononcée que le premier jour.

Le 30 juin, le malade demande sa sortie; il est en bonne voie de guérison, mais l'éruption est loin d'être disparue.

OBSERVATION XIX. — *Psoriasis circinné.* — *Diminution de la sensibilité tactile.* — *Analgésie étendue et profonde, persistant en partie après la guérison.*

Charles M..., jeune homme de 22 ans, entre à l'hôpital le 40 mars 1873. Le psoriasis dont il est affecté date de

cinq ans, n'a jamais fait de maladie et paraît d'une santé excellente. Son éruption est généralisée ; elle est surtout confluyente au tronc, et affecte dans cette région une disposition annulaire caractéristique. Chacun de ces anneaux est constitué par une zone squameuse argentée, en dedans de laquelle la peau semble normale ; mais elle est sèche au doigt et manque de souplesse. En ces points, le malade perçoit, quoique assez faiblement, le contact de la pointe d'une épingle, et il apprécie parfaitement le froid et le chaud ; mais vient-on à piquer la peau, on constate *qu'elle est absolument insensible*. On peut la traverser complètement, enfoncer l'épingle jusqu'à la tête, sans provoquer non seulement de la douleur, mais même le moindre tressaillement musculaire. L'expérience est répétée à plusieurs reprises par M. Besnier, sur les différents points du corps, et toujours avec le même succès. Du reste il faut ajouter que le sens de la douleur est très-émoussé également dans l'intervalle des plaques du psoriasis, mais moins que sur les parties malades.

Le malade est soumis à l'usage de bains savonneux et aux frictions avec le savon cadique.

L'affection ne tarde pas à se modifier notablement. Dès le 26 mars, il en reste à peine quelques traces. L'analgésie cependant persiste presque aussi intense, et les piqûres ne sont pas senties. On remarque également qu'elles ne provoquent aucun écoulement sanguin et se font pour ainsi dire à blanc.

Le malade reste encore dans les salles pendant près d'un mois, et à plusieurs reprises on constate les mêmes phénomènes. Le 20 avril, l'affection cutanée n'est plus visible, et l'analgésie a diminué, mais elle persiste. Une épingle enfoncée dans la peau provoque une légère contraction des muscles sous-jacents, et le malade éprouve un peu de

douleur, au lieu d'une sensation de contact comme au moment de son arrivée.

Est-ce à dire que le psoriasis circinné soit une affection spéciale, de nature distincte, et qu'il faille le séparer de la description commune du psoriasis vulgaire? Je ne le crois pas. Effectivement, on peut voir quelquefois un même malade affecté de psoriasis guttata à une première atteinte, revenir quelque temps après avec une disposition annulaire de son éruption. D'autre part, on rencontre souvent dans la même poussée éruptive des points où la plaque de psoriasis est entière, et d'autres où, par son développement excentrique, elle dessine un anneau régulier. J'ai observé un fait de ce genre, et ici, chose remarquable, tandis que sur les gouttes du tronc et des membres la sensibilité tactile seule était un peu émoussée, la perception de la douleur étant intacte, aux fesses il existait des anneaux circinnés tellement analgésiques que l'on pouvait, comme dans l'observation précédente, traverser complètement la peau avec une épingle sans provoquer la moindre contraction réflexe des masses musculaires. Cette diminution de la sensibilité paraît donc liée à la forme de l'éruption, sans que je m'explique d'ailleurs en aucune façon le mécanisme de ce curieux phénomène.

IV. — *Troubles de la sensibilité dans la lèpre.*

J'ai voulu placer ici quelques réflexions sur la lèpre, bien qu'il n'entre pas dans mon plan de décrire les troubles de la sensibilité qui caractérise cette maladie. Aussi bien ne pourrais-je faire qu'une compilation des faits signalés dans tous les livres.

N'ayant eu l'occasion d'observer par moi-même que deux lépreux dans les services de MM. Lallier et Hardy,

Mais je ne puis me défendre d'un rapprochement qui me paraît bien justifié, entre ces formes de psoriasis analgésiques et les grands cercles de la lèpre anesthésique. Sans méconnaître les profondes différences qui séparent les deux affections, la marche lente et insidieuse de la lèpre, sa gravité fatale, les atrophies musculaires, les ulcérations tenaces qui l'accompagnent, il me semble que le psoriasis représente, très-atténués, quelques-uns des symptômes les plus superficiels. Sous ce rapport, le nom de lèpre vulgaire me semble très-juste : qu'on en juge plutôt en comparant, avec les faits précédents, l'observation suivante, que je dois à l'obligeance de mon collègue, le Dr Danlos.

OBSERVATION XX. — *Lèpre maculeuse anesthésique.* — *Atrophie des muscles des avant-bras, mal perforant plantaire double.* — *Analgésie et thermo-paralysie.* — *Conservation presque complète de la sensibilité tactile.*

Gabriel G..., âgé de 21 ans, natif de l'île Bourbon, entre le 19 février à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Laillier. C'est un jeune homme assez peu développé et fort anémique, mais qui ne paraît pas avoir eu d'antécédents scrofuleux dans son enfance; personne dans sa famille n'a eu la lèpre : cependant il croit que son père aurait eu aux mollets de l'anesthésie cutanée.

C'est à 14 ans que parurent pour la première fois, sur le corps, des tâches jaunâtres, qui n'étaient aucunement douloureuses et qui ne furent jamais précédées d'hyperesthésie. La santé générale n'était point altérée. Au début, il se soigna régulièrement pendant plusieurs mois; puis, voyant l'inefficacité du traitement, il le suspendit complètement. L'affection continua à se développer sans qu'il s'en préoccupât.

Il s'embarqua pour la France à l'âge de 18 ans. A ce

moment les taches étaient limitées aux jambes et aux fesses ; il en existait également deux sur les avant-bras. Mais déjà depuis un an, il s'était aperçu que sa main gauche maigrissait et qu'il avait une certaine peine à étendre les phalanges. A cet amaigrissement se joignait une insensibilité presque complète de la région, sans que, du reste, ce phénomène eût été précédé de douleurs ni de troubles nerveux quelconques.

Au mois de septembre 1871, l'atrophie et l'insensibilité envahirent simultanément la main droite : cette fois, il exista des symptômes précurseurs, caractérisés par des crampes, des fourmillements, des contractions fibrillaires des muscles.

Actuellement il est dans l'état suivant :

Les muscles des deux mains sont en totalité atrophiés, les doigts sont incurvés en griffe, les phalanges sont fléchies les unes sur les autres, mais la première phalange est en extension sur les métacarpiens. La main gauche est complètement analgésique. La sensibilité tactile persiste, sauf sur la face dorsale des doigts, encore est-elle obtuse. La sensibilité thermique est presque abolie. A trois ou quatre travers de doigt au-dessus du poignet, ces différents ordres de sensibilité reparaissent.

A la main droite les désordres sont les mêmes, mais moins prononcés. Nulle part, l'anesthésie tactile n'est absolue ; l'atrophie n'est pas aussi complète.

Les *pieds* offrent des lésions de même ordre. Le pied droit, sans être atrophié, est notablement amaigri. La région plantaire a conservé sa sensibilité, mais la région dorsale est partiellement anesthésique ; et comme pour les mains, c'est le sens du tact qui est le mieux perçu. Sous l'extrémité antérieure du premier métacarpien, des deux côtés, se voit symétriquement une ulcération profonde, à bords durs et comme fibreux, un véritable mal perforant.

Elle a débuté, il y a trois ans, sur le pied gauche, de ce côté, elle est actuellement en voie de réparation.

Sur les jambes, les cuisses et le tronc, se voient de grands cercles à contour irrégulièrement festonné. Le centre de ces anneaux est sain, la peau y est blanche, dédénolée un peu amincie. Elle est complètement analgésique, mais la sensibilité tactile y est partiellement conservée. La bordure des anneaux, légèrement saillante, offre une largeur d'un centimètre environ, et une coloration rouge cuivrée dont les teintes vont successivement décroissant jusqu'aux parties saines. Au niveau de ce bourrelet périphérique, la sensibilité n'est pas modifiée.

Indépendamment de cette éruption, on rencontre, sur certains points sains en apparence, et dans des régions dépourvues normalement de ganglions lymphatiques, de petites nodosités sous-cutanées appendues à la face profonde du derme. Leur consistance est ferme : elles ne sont nullement douloureuses à la pression ; la peau qui les recouvre n'est le siège d'aucune modification. Elles n'offrent pas non plus dans leur distribution rien qui rappelle le trajet d'un nerf. On les voit de préférence sur les parties latérales et inférieures du cou, sur les fesses et en dedans des cuisses.

Les muqueuses ne présentent ni éruption, ni tubercules semblables à ceux de la peau.

Les autres fonctions, sauf la fonction de reproduction, ont conservé leur intégrité.

Je ne relèverai que deux points de cette observation, qui me semblent bien remarquables, rapprochés des faits de psoriasis que je signalais précédemment : le premier, c'est la prédominance de l'analgésie sur l'anesthésie pure et simple, comme dans l'observation XIX ; le second, c'est la distribution spéciale de cette analgésie au centre des plaques,

la périphérie restant peu ou point altérée. Evidemment, il y a dans ces analogies plus qu'une simple coïncidence du hasard ; et elles doivent se rattacher à une modification nerveuse, soit centrale, soit périphérique, que nous ignorons encore.

J'ajouterai, du reste, que dans la lèpre anesthésique les accidents ne suivent pas toujours la même marche. A la lecture des observations consignées dans l'ouvrage de Danielsen et Boeck et dans la thèse de M. Lamblin, j'ai pu voir que si l'anesthésie se montre parfois comme unique phénomène, le plus souvent elle est précédée d'une période d'hyperesthésie plus ou moins longue, caractérisée par l'écllosion, au niveau des points hyperesthésiés, de bulles analogues à des pemphigus. Cette remarque trouvera plus loin son application, lorsque je m'occuperai de cette dernière affection, et que je chercherai à montrer ses relations intimes avec le système nerveux.

D'autres fois, par contre, il y a des cas de lèpre tuberculeuse où la sensibilité paraît à peine modifiée. J'ai pu constater le fait chez une malade actuellement soignée par M. Hardy et qui a le visage complètement déformé par une éruption exubérante de tubercules. Au niveau de chacun d'eux, il est remarquable de voir que les impressions de contact, de douleur et de température, sans être aussi vives qu'à l'état normal, sont pourtant perçues d'une manière très-satisfaisante. Ceci prouve que, même dans une maladie comme la lèpre, où les phénomènes nerveux sont indiscutables, certaines manifestations périphériques peuvent manquer, sans que l'affection change pour cela de nature. Or, c'est là une remarque importante, car, réciproquement, c'est la preuve qu'on ne doit pas rejeter *à priori* l'origine nerveuse possible de certaines éruptions, sous prétexte que tous les symptômes qui s'y rattachent, dans les cas types, ne se rencontrent pas au complet.

V. — *Troubles de la sensibilité dans le zona.*

Le zona mérite un chapitre spécial, parce que c'est l'affection de la peau dont on a démontré le mieux les connexions avec le système nerveux. Presque tous les médecins s'accordent maintenant à le considérer comme le résultat d'une névrite, primitive ou secondaire. Cette opinion est justifiée par l'antériorité, la coexistence et la succession des douleurs névralgiques par rapport à l'éruption, par la concomitance assez fréquente de paralysies motrices ou de tics convulsifs, soit avant, soit surtout après l'écllosion des vésicules d'herpès : enfin par le résultat positif de quelques autopsies, dues à Boerenprong, MM. Charcot Haight et O. Wyss. Tous les détails relatifs à cette question ont été parfaitement exposés dans la thèse de mon collègue, le Dr Hybord, sur le zona ophthalmique, et je ne pourrais que les reproduire, sans y rien ajouter.

Je veux seulement appeler l'attention sur un point de l'histoire de cette affection qui m'a semblé moins bien connu, même depuis les récents travaux sur la question : ce sont précisément les désordres de la sensibilité auxquels donne lieu l'éruption elle-même. Non pas qu'on ait omis de rechercher ce que devenaient à ce point de vue les nerfs atteints de névrite. Les observations sont nombreuses, dans lesquelles on signale, à la suite de zona, des perturbations profondes : ici, des douleurs intolérables, durant des années ; là, une sensation permanente ou temporaire de brûlure, de cuisson (Bowmann) ; le plus souvent, une anesthésie plus ou moins persistante (Hutchinson).

Mais autant les documents abondent et sont précis pour tout ce qui concerne les suites de l'éruption, autant ils sont en petit nombre et manquent de netteté pour signaler

les troubles de la sensibilité qui la préparent et accompagnent.

« Je n'ai trouvé dans aucun cas signalée, dit M. Hybord, l'existence de points anesthésiés à côté de points hyperesthésiés; » et lorsqu'il cherche à préciser le moment de l'éruption où apparaissent ces perversions de la sensibilité, c'est avec doute qu'il se prononce.

« Il ne me paraît pas impossible, ajoute-t-il, que la diminution de la sensibilité cutanée puisse se montrer parfois pendant l'éruption : le fait a d'ailleurs été constaté dans deux ou trois observations. »

J'ai fait quelques recherches dans ce sens, et je n'ai pas manqué d'examiner, à ce point de vue particulier, tous les cas de zona qui se sont présentés à mon observation, soit à la consultation, soit dans les divers services de l'hôpital. J'ai pu ainsi recueillir une douzaine de faits, nombre assurément insuffisant pour établir les bases d'une statistique, mais qui prend de la valeur par la constance presque absolue des résultats cliniques.

Effectivement, parmi ces zones, deux étaient manifestement liés à une cause traumatique, un symptématique d'une pleurésie sèche tuberculeuse : les neuf autres étaient survenus spontanément, sans qu'il fût possible de remonter à une origine bien certaine.

Or, dans tous ces cas, l'exploration de la sensibilité, faite dès le moment de l'entrée des malades, c'est-à-dire à la période d'état de l'éruption cutanée, m'a toujours montré comme un fait constant ce que l'on considérait jusqu'ici comme un accident exceptionnel, à savoir : une diminution de la sensibilité au tact et à la douleur très-évidente, mêlée à de l'hyperesthésie et à de l'hyperalgésie. En un mot, de même que dans certaines affections cutanées on observe de la dyschronie, certaines régions privées de pigment et d'autres où il s'accumule, de même, dans le

zona, il existe une dissociation singulière des impressions sensitives. Sur certains points, la sensibilité est à son maximum ; sur d'autres, elle est pour ainsi dire nulle.

Ces variations ne se succèdent pas suivant un ordre déterminé, ni d'après une direction connue : elles ne suivent aucune règle, et déroutent toutes les prévisions. Elles ne se montrent pas seulement en dehors de la zone de l'éruption, mais au milieu même de l'herpès : tel point hyperesthétique correspond à l'éclosion d'une vésicule, tel autre se trouve dans leur intervalle : ici au contraire c'est au niveau de la vésicule que se rencontre un point peu sensible : ailleurs une zone d'anesthésie, souvent étendue, débordera de beaucoup les limites de l'éruption. De même, la transition des points douloureux aux points analgésiques ne se fait pas par degrés successifs : elle est brusque et absolue, sans qu'on puisse surprendre aucune modification intermédiaire. En un mot, malgré le soin avec lequel j'ai cherché à préciser les points douloureux ou insensibles, je ne suis arrivé à aucun résultat, et je crois qu'il est difficile, à moins de forcer les faits cliniques, de faire concorder les altérations de la sensibilité avec les circonscriptions nerveuses.

Le trop petit nombre de malades affectés de zona que j'ai pu suivre m'a empêché également d'observer la façon dont se comporte l'éruption au fur et à mesure qu'elle tend vers la cicatrisation. Il m'a semblé que dans les cas bénins et simples, en même temps que l'éruption herpétique perdait de son intensité, il se faisait comme une sorte d'équilibration de la sensibilité cutanée, due surtout à la diminution de l'hyperesthésie et de la douleur, plutôt qu'à la disposition des points primitivement insensibles. En un mot, s'il existe des points certainement anesthésiques, au plus fort de l'éruption du zona, cette anesthésie paraît encore exagérée parce que les points voisins sont très-

douloureux ; lorsque les souffrances sont devenues moins vives, l'analgésie ne frappe plus autant, et il faut de l'attention pour constater sa persistance.

Dans les cas intenses de zona, avec ulcération et sphacèle de la peau, j'ai cru voir que les points qui restaient le plus douloureux correspondaient aux ulcérations : mais cette règle n'a rien d'absolu, car on a signalé souvent une anesthésie complète au niveau des cicatrices produites par des érosions de ce genre.

Voici quelques observations qui démontrent la réalité des points anesthésiques au milieu de l'éruption la plus intense.

OBSERVATION XXI. — Zona consécutif à une contusion de l'épaule. — Hyperesthésie et anesthésie localisée au milieu des plaques hyperesthésiques.

Alexandre R..., âgé de 39 ans, charretier, entre le 9 juin, salle Saint-Léon. Il y a deux mois environ, il a fait une chute sur le moignon de l'épaule ; à la suite, convulsion violente, douleur persistante et impossibilité de se servir de son bras pendant cinq semaines. Quatre jours avant son arrivée dans le service, il est repris de douleurs dans la même région et commence à apercevoir des plaques rousses sur lesquelles se développent de volumineuses vésicules.

Au moment de son entrée, l'éruption est à sa période d'état. Elle part des deux premiers espaces intercostaux dorsaux, et se dirige obliquement vers l'épine de l'omoplate. Là, elle se bifurque. Une partie, sous forme de groupes isolés de petites vésicules, gagne le voisinage du coude le long de la face interne du bras ; l'autre se jette sur le grand pectoral et aboutit au sternum, en formant plusieurs gros amas de grosses vésicules. De celles-ci, les unes sont à l'état naissant et pleines de liquide, d'autres sont déjà

opalescentes; enfin, quelques-unes sont déjà sèches, recouvertes de croûtes, ou correspondent à de véritables ulcérations.

Au niveau de ces groupes, la sensibilité est profondément modifiée. Ce qui domine évidemment, c'est une hyperesthésie très-considérable. Ainsi, les deux pointes du compas sont perçues à un écartement de 13 millimètres, là où, sur la partie correspondante du côté sain et sur les régions voisines, il faut un écart de près de 7 centimètres pour obtenir une impression équivalente. La sensibilité à la douleur est également exagérée, mais beaucoup plus irrégulièrement répartie. Ainsi, à côté de points extrêmement sensibles, on en rencontre où la pointe de l'aiguille ne cause que peu ou même pas de douleur; cependant, en général, cette analgésie n'est que relative. Quant à la température, elle est faiblement perçue au niveau des plaques éruptives.

La zone d'hyperesthésie déborde d'un centimètre environ la limite des surfaces de peau hyperémies.

(Poudre d'amidon; deux verres d'eau de sedlitz.)

Dès le surlendemain, la zone érythémateuse des groupes de vésicules a disparu. L'hyperesthésie est très-diminuée et reste cantonnée au niveau des plaques d'herpès. Les vésicules sont presque toutes séchées, mais d'autres ont déterminé de véritables ulcérations du derme et de petites eschares où la douleur est à son maximum. Cependant, même au voisinage de ces points, il existe des régions localisées où l'on peut constater encore un léger degré d'anesthésie et d'analgésie.

Le malade demande à sortir le 13 juin; les douleurs sont beaucoup moindres, mais les ulcérations ne sont pas encore guéries.

OBSERVATION XXII. — *Zona symptomatique d'une tuberculisation de la plèvre et du poumon. — Troubles de la sensibilité. — Mort de méningite. — Autopsie.*

Louis G..., 49 ans, tourneur, arrive le 3 mars à l'hôpital, pour un zona qui a commencé à se développer six jours auparavant. Le malade rattache son affection à un traumatisme ; mais vérification faite, la contusion du thorax siègeait du côté opposé à l'éruption. C'est du reste un homme fatigué, alcoolique et emphysémateux.

L'éruption occupe le côté droit du thorax, et correspond au quatrième et cinquième espace intercostal ; en arrière elle empiète également sur le sixième et le septième espace. La surface des groupes est très-érythémateuse et recouverte de bulles opalescentes, volumineuses, quelques-unes hémorrhagiques.

L'examen de la sensibilité, pratiqué assez incomplètement le jour de son entrée, montre l'hyperesthésie au niveau des groupes vésiculeux, et même en dehors, sur une étendue assez notable. L'anesthésie n'est point notée à ce moment.

Les jours suivants, le zona évolue d'une façon régulière ; les vésicules se sèchent en partie, mais d'autres s'ulcèrent. La douleur, loin de diminuer, est beaucoup plus intense qu'au début de l'éruption et presque intolérable. C'est à la fois une douleur vive à la pression et des élancements irradiés dans la direction du nerf. — A ce moment on perçoit, au milieu des régions hyperalgésiques, certains points où la sensibilité est beaucoup moindre.

19 mars. Les ulcérations sont croûteuses et commencent à se cicatiser, mais les douleurs ne diminuent pas. Les points insensibles sont encore retrouvés.

A partir du 23 mars, la cicatrisation est complète, mais

les douleurs névralgiques sont plus violentes que jamais ; elles résistent aux badigeonnages collodionnés au chloral, et ne cèdent qu'imparfaitement aux injections hypodermiques répétées de morphine.

De plus, quelques symptômes nouveaux se sont manifestés : ce sont des quintes de toux opiniâtre, avec crachats de bronchite simple ; l'auscultation ne révèle que des râles sibilants disséminés ; cependant l'état fébrile est hors de proportion avec ces signes stéthoscopiques.

Le 30 mars commencent à se montrer un peu d'excitation cérébrale, du tremblement des mains et de la langue ; on diagnostique l'imminence d'un accès de delirium tremens. (Potion avec 4 grammes de chloral.) Le lendemain, le délire a augmenté, tout en conservant le caractère tranquille ; la toux persiste, mais en diminuant plutôt ; la fièvre est tombée et le pouls est à 72. Le 31 mars, après une série de petites secousses convulsives, le malade tombe dans le coma et meurt.

L'autopsie est faite le 2 avril. — On trouve, indépendamment d'une méningite récente avec épaississement ancien de la pie-mère, une tuberculisation miliaire diffuse des poumons et des plèvres. Celles-ci sont adhérentes dans toute leur étendue à la paroi thoracique et très-congestionnées. Sur le feuillet viscéral existent de nombreuses granulations tuberculeuses.

Les nerfs intercostaux ont été examinés avec soin des deux côtés. — A droite, ils étaient fort intimement unis à la plèvre pariétale enflammée ; mais une fois détachés et séparés, ils n'étaient ni rouges ni gonflés. Ils ont été immédiatement examinés à l'état frais et dissous dans une solution de carminate d'ammoniaque. Il ne m'a pas paru que leur structure fût sensiblement altérée ni que les noyaux de la gaine de Schwann fussent plus nombreux que de coutume. Mon collègue Boëchet, qui les examina égale-

ment de son côté au Collège de France, est arrivé aux mêmes résultats, mais il faut dire que l'autopsie n'a pas été sous ce point de vue absolument complète, car les ganglions spinaux n'ont pas été examinés.

OBSERVATION XXIII. — *Zona survenu spontanément. — Hyperesthésie et analgésie disséminées.*

Joséphine C..., 32 ans. C'est une femme de tempérament nerveux, épileptique. Cependant le zona dont elle est atteinte ne paraît pas consécutif à une chute survenue pendant une attaque de haut mal. Au moment de son arrivée, le 9 juin, l'éruption est arrivée au troisième jour; elle occupe la région dorso-lombaire, à partir des onzième et douzième espaces intercostaux. Du reste, assez peu intense, elle descend vers l'ombilic sous forme de groupes disséminés modérément enflammés.

Sur chacun de ces groupes, la sensibilité est très-inégalement répartie. Il existe de l'hyperesthésie et de l'hyperalgésie non douteuse, surtout au niveau des vésicules, qui sont toutes très-douloureuses. Mais à côté d'elles se voient des points où la douleur, sans cesser d'être perçue, est beaucoup moindre, et peut-être même moins forte que sur les parties de peau saines. C'est donc plutôt une analgésie relative que véritable. La température paraît appréciée également bien sur les plaques de zona.

La pression sur l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre dorsale détermine une vive douleur.

13 juin. Les vésicules sont toutes desséchées, et la rougeur périphérique a disparu. Le malade éprouve cependant le soir de vives démangeaisons et une sensation de brûlure. L'exploration de la sensibilité montre les altérations suivantes:

Le point hyperesthésique rachidien a disparu. Le sens

tactile reste exalté au niveau des plaques d'herpès; les deux pointes de l'œsthésiomètre sont distinguées à 1 centimètre $1/2$ d'écartement, tandis que, au voisinage, il faut 2 centimètres $1/2$ pour éveiller la même impression.

A la périphérie des plaques, il reste une zone d'hyperesthésie bien marquée, où le moindre contact provoque une sensation de chatouillement désagréable. La douleur est également perçue plus vivement, mais il reste encore des points beaucoup moins sensibles au milieu des groupes d'herpès. La notion de la température des objets est moins nette à ce niveau que sur le reste du corps.

La malade demande sa sortie deux jours après: elle souffre beaucoup moins et les croûtes sont presque toutes tombées.

(La suite au prochain numéro.)

II.

HERPÈS GÉNÉRALISÉ FÉBRILE.

HOPITAL DE BESANÇON, SALLES MILITAIRES.

Service de M. le Dr SERVIER.

(Observation recueillie par M. Bonv, élève du service.)

Voici l'observation d'une maladie qu'on rencontre rarement ; je la donne tout simplement parce que les faits peu communs doivent être enregistrés, attendu que leur connaissance peut devenir utile un jour, si elle ne l'est pas immédiatement. Ce fait aurait pu être pour moi l'occasion d'une étude approfondie, mais je préfère renvoyer le lecteur désireux de s'instruire à la thèse du docteur Henri Coutagne : *De l'herpès généralisé fébrile* (thèse de Paris, 1871, et au travail du docteur Horand : Note pour servir à l'histoire du pemphigus aigu fébrile (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, tome IV, p. 401, années 1872, 1873).

Ginet (Joseph), canonnier au 5^e régiment d'artillerie, âgé de 23 ans, né à Cuingies (Loire), entre à l'hôpital Saint-Jacques, de Besançon, le lundi 13 avril 1874 ; il est placé au lit n° 15 de la salle Saint-Charles. Ce jeune homme, robuste et bien constitué, d'un tempérament lymphatico-sanguin, n'a eu d'autre maladie sérieuse qu'une fièvre typhoïde, à l'âge de 12 ans ; depuis cette époque il a toujours joui d'une santé parfaite.

La maladie qui l'amène à l'hôpital a débuté il y a trois jours, précédée pendant trois ou quatre jours de légers malaises, d'inappétence, de céphalalgie, de douleurs vagues

dans les membres, et d'un sentiment de faiblesse générale.

Il y a trois jours, ce jeune homme s'est aperçu d'une éruption discrète de petits boutons, réunis par groupes, occupant les oreilles, les lèvres et une petite étendue des membres supérieurs. On le fit entrer à l'infirmerie réglementaire ; mais l'éruption faisant des progrès, on l'envoya à l'hôpital.

État actuel. Les oreilles, les lèvres, presque toute la face, les bras et une partie de la poitrine sont couverts de petites vésicules, agglomérées par groupes, reposant sur un fond rouge ; tous les groupes ne sont pas nettement distincts, un bon nombre de vésicules sont disséminées sans ordre ; autour de chaque groupe existe un liseré rouge bien accusé. La plupart des vésicules renferment un liquide clair, séreux ; d'autres, en moins grand nombre, renferment un liquide opalin et lactescent. Sur certains points les vésicules se sont rompues, et le liquide qu'elles renfermaient s'est desséché, formant de petites croûtes jaunâtres. Sur d'autres points on observe de petites ulcérations superficielles, formées sans doute après la chute des croûtes. Mais les croûtes et les ulcérations sont fort rares, la presque totalité de l'éruption est constituée par les petites vésicules pleines de liquide.

Le malade souffre à peine, cependant il éprouve quelques douleurs aux points où les vésicules se rompent.

L'état général est relativement bon ; tout est normal du côté des poumons ; l'auscultation du cœur ne révèle aucune lésion, aucune plainte de cet organe ; pas de douleurs dans les articulations ; pas de douleurs névralgiques, en aucun point. Sa langue est assez blanche au milieu, rouge sur les bords ; l'appétit est convenablement conservé ; un peu de constipation. Au moment où nous l'observons, le malade n'a pas de fièvre ; mais il nous dit qu'il a tous les

ours un mouvement de fièvre, à peu près de cinq à dix heures du soir. La température n'a pas été prise.

15 avril. — L'éruption s'est étendue depuis hier, elle a envahi les jambes, indemnes jusqu'ici, et les côtés de l'abdomen. Rien aux organes génitaux.

16 avril. — Même état.

17 avril. — L'éruption change de caractère à la partie inférieure des jambes : de grosses bulles, pleines d'un liquide noirâtre, apparaissent autour et en avant des malléoles. Les points qu'elles occupent sont le siège de douleurs assez vives, se manifestant par élancements. L'état général est toujours bon.

18 avril. — Même état.

19 avril. — Les bulles se sont rompues, on aperçoit leurs places, le derme rouge et nullement ulcéré. — Nous reconnaissons que de nouvelles poussées éruptives ont lieu sur les membres supérieurs et le thorax. — La face, les lèvres se dépouillent, et sur ces parties l'éruption ne reparait pas.

20 avril. — La succession des éruptions est parfaitement accusée ; à mesure que les vésicules se crèvent et disparaissent sur certains points, elles éclosent sur d'autres ; — cependant nous n'observons pas la formation de nouvelles bulles.

22 avril. — L'éruption est moins confluyente et ne se reproduit plus sur tous les points, mais sa forme se modifie encore : un grand nombre de bulles, de phlyctènes plutôt, apparaissent sur les deux jambes. Je dis phlyctènes parce que ces élevures pleines de sérosité n'affectent pas de forme régulière : leurs contours ne sont pas arrondis, mais carrés, allongés et triangulaires ; de plus elles ne sont pas acuminées, mais aplaties. L'état général du malade n'est nullement modifié par les éruptions locales, il se conserve excellent. Cependant le malade se plaint de douleurs assez vives

dans les articulations des coudes et des épaules ; ces régions ne présentent rien d'appréciable à la vue, ni au toucher : ni rougeurs, ni gonflement.

24 avril. — Amélioration marquée sur tous les points ; les vésicules et les bulles se dessèchent, les croûtes tombent, la peau devient saine sur quelques points et l'on n'observe plus de nouvelles poussées éruptives. — Le malade se plaint de démangeaisons assez vives qui ne l'avaient pas encore tourmenté jusqu'alors.

27 avril. — Depuis hier nous remarquons sur les cuisses seulement, à leurs faces internes et antérieures, une petite éruption pustuleuse assez discrète ; on dirait des boutons de varioloïde.

28 avril. — L'éruption pustuleuse, bornée hier aux cuisses, s'est étendue aux jambes et aux bras ; elle a conservé son caractère discret et bénin et n'impressionne en aucune manière l'état général du malade.

1^{er} mai. — L'éruption pustuleuse suit une marche semblable à l'éruption vasculaire, c'est-à-dire qu'elle se continue par poussées successives, apparaissant sur un point, à mesure qu'elle disparaît sur d'autres.

12 mai. — Jusqu'à ce jour l'éruption s'est comportée de la même façon ; cependant depuis deux jours le nombre des nouvelles pustules diminue sensiblement. Les démangeaisons, qui avaient à peu près disparu depuis six ou huit jours, renaissent avec assez d'acuité.

14 mai. — Le mal semble avoir cédé, nous ne remarquons plus de pustules nouvelles, les anciennes sont desséchées et flétries, la peau se dépouille, on peut espérer une guérison prochaine.

17 mai. — La maladie semble terminée, et toutes les petites croûtes et les poussières qu'on remarquait encore sur les membres ces derniers jours sont complètement tombées. Mais la peau est encore le siège d'une lésion

nouvelle, d'un prurigo occupant surtout les jambes et les bras. Cette dernière affection n'a fait qu'une apparition passagère.

23 mai. — Le malade est définitivement guéri, et il demande son exeat, qui lui est accordé.

Je ne parle pas du traitement, qui a été fort simple: comme traitement local nous avons employé le glycérolé d'amidon en onctions sur toutes les parties affectées, et lorsque les éruptions ont complètement disparu et que le prurigo existait seul, avec de cruelles démangeaisons, nous avons fait faire des lotions avec une solution de sublimé; à l'intérieur, nous avons administré le sulfate de quinine, les premiers jours, jusqu'à la disparition des accès de fièvre, et de temps en temps de faibles doses de ricin.

La santé de ce malade était à peine altérée par cette éruption aiguë, qui n'a jamais eu de retentissements fâcheux dans la constitution. — Cet homme a toujours eu de l'appétit et nous l'avons nourri convenablement pendant la durée de sa maladie.

J'ai donné cette observation sous l'étiquette herpès généralisé fébrile, parce que c'est une éruption herpétique qui a paru tout d'abord; mais on pourrait lui donner le nom de pemphigus aigu fébrile, puisque, après peu de jours, de nombreuses bulles de pemphigus ont apparu à leur tour. Quant aux éruptions pustuleuses et au prurigo qui se sont manifestés après la disparition de l'herpès et du pemphigus, je serais tenté de les considérer comme des accidents inflammatoires ou d'excitation de la peau, analogues à ceux qu'on observe dans certains cas de gale, occasionnés sans doute par la maladie primitive, mais ne constituant pas une des phases de cette maladie.

III.

UNE OBSERVATION DE CHANCRE SYPHILITIQUE DU COL, par le Dr Charles SCHWARTZ.

Nous avons eu dernièrement l'occasion d'observer, dans le service de M. Fournier, un cas très-intéressant de chancre syphilitique du col.

Lætitia M..., 20 ans, vient à la consultation le 31 mars 1874 ; elle demande à être examinée, non pas parce qu'elle se sent malade ou qu'elle a trouvé sur elle quelque lésion, mais uniquement parce que son amant a une affection vénérienne, et qu'elle craint d'avoir été contagionnée. Elle nous raconte en effet que son amant a depuis sept semaines une lésion à l'extrémité de la verge, lésion qui a été diagnostiquée « chancre infectant » à la consultation du Midi. M. Simonet aurait ordonné au porteur de ce chancre des pilules et des bains de sublimé.

Examen des organes génitaux : la vulve est saine ; les aines sont libres et les ganglions qu'on y sent ne sont ni durs ni très-développés ; dans l'aine droite pourtant, on en trouve deux gros chacun comme une petite noisette.

Au toucher, le col donne une sensation de dureté remarquable. Le spéculum nous découvre une ulcération occupant les deux lèvres du col et circonscrivant l'orifice ; cette ulcération est large ; elle a presque un centimètre d'étendue sur la lèvre supérieure et plus d'un demi-centimètre sur l'inférieure. Elle offre un aspect qui frappe au premier coup d'œil ; elle est revêtue d'un enduit couenneux, d'une sorte d'exsudat diphthéroïde très-adhérent, indétachable avec le pinceau. — Les bords de cette ulcération sur la lèvre

inférieure sont déjà en voie de réparation et commencent à être envahis par un tissu cicatriciel. M. Fournier diagnostique un chancre syphilitique du col utérin.

Sur le corps nous ne trouvons rien. Pas de symptômes généraux à signaler.

La malade est accouchée trois fois. — Après son premier accouchement, qui remonte à deux ans, elle a eu une ulcération du col qui a été soignée et guérie; puis elle a fait une fausse couche de 2 mois tout au plus; enfin après une troisième grossesse très-bonne, elle est accouchée à terme le 17 octobre dernier, c'est-à-dire il y a 3 mois $1/2$; elle n'a pas ressenti de douleurs abdominales, elle n'a pas conservé de leucorrhée notable depuis ce dernier accouchement. Les deux enfants sont morts en nourrice tous deux à trois semaines, de gastro-entérite, lui a-t-on dit.

7 avril. — Nouvel examen au spéculum; l'ulcération du col ne présente plus l'aspect diphthéroïde des premiers jours; aujourd'hui il serait impossible de faire le diagnostic.

10 avril. — *Confrontation.* — L'amant de la malade vient à l'hôpital se faire examiner par M. Fournier. — C'est le seul homme, prétend-elle, avec qui elle ait eu des rapports sexuels. — Cet individu raconte qu'après des rapports avec une autre femme il a eu en janvier une érosion siégeant tout à fait à l'extrémité du gland, au niveau du méat urinaire; cette érosion a été diagnostiquée au Midi: chancre induré. Aujourd'hui ce chancre est cicatrisé, mais on perçoit encore au point qu'il occupait une certaine induration, adénopathie inguinale spécifique. — Le malade a le corps couvert d'une syphilide papuleuse; il a eu des rapports sexuels avec notre malade alors qu'il avait encore son chancre.

16 avril. — Nous trouvons sur la petite lèvre gauche de la malade une syphilide érosive, ce col présente aujourd'hui

une ulcération simple, rouge, de bon aspect et moins étendue qu'il y a quelques jours.

6 mai. — *Roséole*. — En palpant la nuque nous trouvons 3 petits ganglions durs, roulant sous le doigt, indolents, bref, offrant tous les caractères des adénopathies secondaires.

La malade sort quelques jours après dans le même état.

Le principal intérêt de cette observation est dans la confrontation des deux malades, du contagionnant et de la contagionnée. Il n'est pas douteux, en effet, que ce soit l'homme qui ait contagionné sa maîtresse, puisque sa syphilis était la plus ancienne. D'autre part il semble logique d'expliquer la localisation insolite du chancre primitif chez cette femme par le siège du chancre de l'amant à l'extrémité même de la verge. Trois autres points me semblent dignes de fixer l'attention : l'état des ganglions inguinaux, la dureté du col et l'ulcération elle-même. Les ganglions inguinaux, peut-être un peu tuméfiés, ne présentaient certes pas l'induration caractéristique ; ce fait rentre dans la règle : quand en effet on ne trouve de chancres infectants que sur le col, quand la vulve est indemne, il est rare que les ganglions de l'aîne soient indurés. — La dureté du col était appréciable au doigt ; ce fait est rare, mais on l'observe quelquefois. Enfin je ferai remarquer que l'ulcération du col, après s'être dépouillée de tous les caractères qui l'avaient fait diagnostiquer chancre syphilitique par M. Fournier, n'en persista pas moins, et que nous l'avons encore retrouvée, bien que très-diminuée en étendue, le 9 juin, jour où la malade est venue à la consultation. Tout nous porte à croire que nous avons eu affaire à un chancre inoculé sur une ulcération de métrite.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

ESSAI SUR L'INFLUENCE DE L'ALCOOLISME DANS LE DÉVELOPPEMENT DE PLUSIEURS GROUPES D'AFFECTIONS CUTANÉES, par le D^r RENAULT, de Saint-Denis. Paris, 1874.

Parmi les conséquences de l'alcoolisme, l'altération fonctionnelle et organique de la peau mérite d'autant mieux de fixer l'attention des médecins, qu'à peu d'exceptions près on admet aujourd'hui l'élimination de l'alcool par la surface du tégument externe, en même temps que par les poumons et les veines. On peut même conclure des principaux travaux publiés sur cette question que l'alcool est exhalé en nature par la peau. Rien de surprenant alors si l'influence prolongée de l'agent toxique détermine une susceptibilité morbide toute spéciale sur cet organe émonctoire et, par suite, tend à le modifier profondément.

Après avoir donné un aperçu du rôle physiologique de l'alcool dans l'organisme et sur son mode d'élimination particulièrement, M. Renault a décrit les maladies de peau qui dérivent de l'alcoolisme. L'étiologie de la couperose alcoolique est rattachée par lui à des causes prédisposantes dont l'influence est difficile à préciser, mais en l'absence desquelles beaucoup de buveurs endurcis conservent une immunité inexplicable. Les observations sur l'érythème des alcooliques confirment les analogies signalées par MM. Leudet et Hardy entre cette éruption et l'exanthème caractéristique de la pellagre. Une affection ulcéreuse passe en Angleterre comme étant engendrée par l'abus de l'eau-de-vie

de genièvre et est qualifiée d'*ulcère du gin*; toutefois, cette maladie reste encore inconnue chez nous; pour quelques auteurs même elle ne se rattache qu'à la misère et à la malpropreté de ceux qui en sont atteints.

Dans une troisième partie de ce mémoire, des observations nombreuses empruntées au service de M. Hillairet, à l'hôpital Saint-Louis, relatent avec beaucoup de soin et de clarté l'influence qu'exercent les excès alcooliques sur un certain nombre d'affections cutanées appartenant soit aux éruptions printanières, soit aux syphilides, soit aux affections dartreuses, telles que le psoriasis et l'eczéma. La portée de cette intéressante étude se résume en ce que les affections de la peau qui appartiennent au groupe des phlegmasies sont aggravées par l'alcoolisme, et que peut-être en vertu d'un mécanisme analogue s'interprétera la fréquence des syphilides ulcéreuses alcooliques. Il est à désirer que les jalons posés ainsi par rapport au danger de l'abus des spiritueux pour les malades qui se trouvent en puissance de maladies constitutionnelles, syphilis ou dartres, prêtent à de nouvelles recherches confirmatives.

E. LE BRET.

REVUE DES JOURNAUX

LEÇONS SUR LES AFFECTIONS SYPHILITQUES DU SYSTÈME NERVEUX, par le Dr BROADBENT.

Dans trois leçons très-intéressantes le Dr Broadbent passe en revue les affections syphilitiques des nerfs, de la moelle et de l'encéphale.

I. *Affections syphilitiques des nerfs.*—Les névralgies syphilitiques ne sont pas très-communes; c'est surtout à la période secondaire qu'elles se montrent; elles ne diffèrent pas par leurs symptômes des névralgies d'origines différentes. Les nerfs atteints le plus souvent par la syphilis sont les cervico-occipitaux, les cervico-brachiaux, les sciatiques, mais les névralgies de ces différents nerfs sont loin d'être toujours de cause syphilitique; dans la moitié des cas, elles relèvent d'autres causes. Aussi les commémoratifs seuls permettent-ils d'établir le diagnostic étiologique.

Tous les nerfs crâniens ou rachidiens peuvent être paralysés dans la syphilis. Ces paralysies locales appartiennent presque exclusivement à la période tertiaire, à l'exception d'une paralysie passagère qu'on observe quelquefois à la seconde période dans les muscles de l'œil. La cause de ces paralysies peut être soit un névrome, soit, mais très-rarement, une gomme développée autour du nerf; ordinairement il s'agit soit d'une périostite du trou de conjugaison ou du trou par lequel le nerf crânien sort du crâne, soit d'une exsudation méningée comprimant le nerf dans son trajet

intra-crânien ou intra-vertébral; ce dernier cas est de beaucoup le plus fréquent. Quand, dans la paralysie isolée d'un nerf, on découvre que la cause de cette paralysie siège dans l'intérieur de la cavité crânienne ou rachidienne et en dehors du centre nerveux, on est autorisé à soupçonner une source syphilitique; car des tumeurs non syphilitiques se produisent rarement dans les méninges.

C'est la 3^e paire qui est le plus souvent atteinte, et la paralysie de cette paire nerveuse est si souvent syphilitique, que, lorsqu'on l'observe, on doit avant tout penser à la syphilis, et que cette première hypothèse demande à être tout d'abord éliminée, avant que d'autres soient admises. Le fait que la 3^e paire est si fréquemment paralysée dans la syphilis s'explique par l'habitude qu'ont les exsudats syphilitiques de se localiser dans l'espace interpédonculaire que traverse la 3^e paire en se dirigeant vers le sinus caverneux.

Par ordre de fréquence, la paralysie de la 6^e paire vient ensuite, puis celle de la 4^e, laquelle est rare. La paralysie de la 7^e paire n'est pas ordinairement syphilitique. En résumé, les paralysies isolées des nerfs crâniens reconnaissent plus souvent une origine syphilitique que toute autre cause, et quand plusieurs nerfs crâniens sont paralysés à la fois, les présomptions augmentent en faveur de la syphilis.

II. *Affections syphilitiques de la moelle.* — Les paraplégies syphilitiques ne sont pas rares. La forme de paraplégie le plus fréquemment observée indique, par ses symptômes et sa marche, une affection localisée envahissant lentement et progressivement un segment de la moelle. L'ensemble des symptômes est celui qui pourrait résulter d'une myélite chronique partielle, d'un ramollissement ou d'une tumeur. Ainsi, une paraplégie d'abord légère, restant longtemps stationnaire, puis empirant tout d'un coup, pour s'améliorer un peu ensuite, parfois spontanément ou du

moins sans traitement spécifique, et reprendre une marche envahissante, poursuivant ainsi, plus tard, son cours irrégulier mais progressif, jusqu'au moment où la motilité et la sensibilité sont absolument perdues sans que les actions réflexes cessent jamais, une telle paraplégie doit éveiller le soupçon d'une altération syphilitique de l'axe médullaire. Cette altération est très-probablement une petite tumeur gommeuse, autour de laquelle se produit un ramollissement inflammatoire; ce processus explique la lenteur des progrès du mal, ainsi que les temps d'arrêt, les haltes et les recrudescences qu'il subit. L'âge auquel la paraplégie syphilitique s'observe (début à l'âge moyen) écarte l'idée d'un ramollissement non inflammatoire, purement dégénératif; d'autre part, la marche de l'affection et les circonstances où elle apparaît indiquent évidemment qu'on n'a pas affaire à une embolie; enfin l'absence de toute altération de la colonne vertébrale exclut les causes les plus fréquentes de la myélite partielle, et le médecin n'a plus à se décider, dans la recherche de la cause de la paraplégie qu'il observe, qu'entre la syphilis et une affection rhumatismale, née sous l'influence du froid; les commémoratifs doivent le guider.

L'existence d'une ataxie locomotrice syphilitique semble très-douteuse à l'auteur; ce n'est pas, en effet, l'habitude des lésions syphilitiques de se soumettre dans leur développement aux dispositions anatomiques ou physiologiques des parties où elles apparaissent; on peut bien concevoir que les tumeurs gommeuses puissent se produire dans les cordons blancs postérieurs et la substance grise en nombre suffisant pour empêcher la coordination motrice spinale; mais il n'est pas probable que la syphilis puisse produire une altération des cordons postérieurs sur une longueur considérable sans atteindre en même temps d'autres points de l'axe médullaire.

III. *Affections syphilitiques de l'encéphale.* — Les tumeurs syphilitiques de l'encéphale se révèlent par les symptômes ordinaires des tumeurs de cette région, mais elles ne demeurent jamais latentes; elles donnent ordinairement naissance à des symptômes de foyer aussi bien qu'à des symptômes généralisés, et l'auteur ne croit pas qu'on ait jamais trouvé dans une autopsie une tumeur syphilitique du cerveau non soupçonnée pendant la vie; cela est la conséquence de ce fait que les syphilomes affectent soit la surface des hémisphères, soit les parties les plus vasculaires de l'encéphale, comme les ganglions centraux. On observe communément dans les tumeurs cérébrales, quelle qu'en soit la nature, une double névrite optique; cette double névrite accompagne peut-être plus constamment encore les syphilomes que les autres productions pathologiques.

Il est une forme d'affection cérébrale assez fréquente, en connexion presque constante avec la syphilis, et qui, pour cette raison, est en quelque sorte caractéristique de la syphilis cérébrale. Le trait prédominant de cette affection est l'existence de convulsions limitées à un côté du corps, sans perte de la conscience. Les mouvements convulsifs varient en intensité, depuis une légère raideur spasmodique jusqu'à l'agitation la plus violente, et ils peuvent être accompagnés ou précédés de sensations diverses; ordinairement ces mouvements ont un point de départ constant dans chaque cas particulier; très-fréquemment c'est par le pouce ou l'index qu'ils commencent; de là l'agitation convulsive gagne la racine du membre; elle peut y rester limitée quelquefois; mais, dans d'autres attaques et chez le même malade, elle peut envahir toute la moitié du corps et même passer aux membres du côté opposé; l'extension des convulsions à la face et à la tête devient parfois le signal de convulsions générales et de perte de connaissance. Quand l'hémispasme siège à droite, et en parti-

culier quand les mouvements spasmodiques commencent par la face ou la langue, il est très-commun qu'une perte temporaire de la parole leur survive. Tôt ou tard, et très-souvent de bonne heure, il se produit une névrite optique. Le docteur Jackson a montré que cet hémispasme est dû à une affection des circonvolutions de l'hémisphère opposé adjacentes à la scissure de Sylvius, et que telles ou telles circonvolutions étaient atteintes selon que les convulsions commençaient par la main, le pied ou la face. Il est certain que les symptômes sont déterminés par la situation et non par la nature des lésions; mais la fréquence des syphilomes en ces points est une forte raison de soupçonner la vérole dans les cas douteux.

Les artères cérébrales sont fréquemment atteintes d'inflammation chronique dans la syphilis. Les altérations commencent d'habitude dans la tunique externe; elles peuvent déterminer des thromboses et secondairement des foyers de ramollissement. L'artérite syphilitique est donc un des modes par lesquels la syphilis conduit indirectement à la paralysie.

Les tumeurs de la dure-mère semblent moins justiciables du traitement que les affections des autres membranes et de la substance nerveuse: cela tient probablement à ce qu'elles sont moins vasculaires et par conséquent moins facilement atteintes par la substance médicamenteuse.

A cet exposé des principales questions que l'auteur a abordées dans son travail, je ne veux ajouter qu'une réflexion: c'est que les caractères différentiels des affections syphilitiques, de quelque partie du système nerveux que ce soit, ne sauraient être cherchés dans des symptômes isolés ni dans quelque particularité spécifique présentée par les phénomènes ordinaires des affections nerveuses, mais uniquement dans la marche des symptômes, leurs combinaisons, etc., en un mot dans l'ensemble de l'expres-

sion morbide. Si on n'embrasse dans une vue compréhensive toute l'histoire pathologique du malade, le diagnostic étiologique des affections syphilitiques du système nerveux ne saurait être fait. (*The Lancet.*)

D^r CH. SCHWARTZ.

RÉSUMÉ D'UNE LEÇON SUR LA SYPHILIS TERTIAIRE ET LA CACHEXIE SYPHILITIQUE, par M. LANE.

M. Lane adopte la division ordinaire de la syphilis en période secondaire et en période tertiaire; mais il attache à ces expressions un sens plus précis qu'on ne fait d'habitude. — Pour lui, ces deux périodes sont bien distinctes. Dans la première, le virus syphilitique existe dans l'organisme, et peut en conséquence être communiqué par contagion ou transmis par voie héréditaire; le mercure est le remède souverain, et l'iode est peu ou pas utile. Les principales affections de cette période sont :

Du côté de la peau : la roséole, le lichen, les éruptions tuberculeuses, le psoriasis, la lèpre et l'ecthyma.

Du côté des muqueuses, toutes les variétés de plaques muqueuses, comprenant les ulcérations profondes des amygdales.

De plus : l'iritis, les douleurs musculaires, articulaires, ostéocopes, la périostite.

Dans la période tertiaire, le virus syphilitique n'existe plus; aussi la maladie n'est plus transmissible. — Le malade n'a plus à proprement parler la syphilis; il souffre seulement des suites, des conséquences de l'infection. — Les affections de cette période demandent l'emploi de l'iode et de la salsepareille, le mercure est nuisible. Ces affections sont :

Du côté des membranes fibreuses : la périostite, donnant naissance à des nodi, la carie et la nécrose, l'arthrite, l'orchite, la sclérotite.

Du côté de la peau et des muqueuses : le rupia, les ulcères cachectiques de la peau, l'ulcération rapide du voile du palais, de l'isthme du gosier, du pharynx et du larynx, du rectum, du vagin, de la vulve;

Les gommès;

Les dégénérescences lardacées et cireuses.

L'observation clinique offre très-souvent des affections intermédiaires à la seconde et à la troisième période qui ne peuvent guère s'accommoder de la rigueur de nos divisions. Cependant, selon M. Lane, ces exceptions sont plus apparentes que réelles et tendraient à confirmer la règle : ainsi la périostite et les nodi osseux se rencontrent, il est vrai, dans les deux périodes; mais quand l'affection osseuse est précoce et associée à d'autres manifestations secondaires, c'est le mercure qu'il faut donner; quand elle est tardive et coexiste avec des lésions tertiaires, le remède se trouve dans l'iode. Certaines éruptions tuberculeuses et ecthymateuses se transforment parfois en ulcérations rapidement destructives; c'est que la troisième période, la cachexie syphilitique, est intervenue. De même, l'iritis se rencontre quelquefois dans la syphilis tertiaire, alors l'affection a commencé par la sclérotique et n'a gagné l'iris que par propagation. Dans tous ces cas, les symptômes contemporains prédominants doivent toujours indiquer l'état constitutionnel du malade et le traitement requis.

Quant à la nature de la cachexie syphilitique, M. Lane incline à la considérer comme une dyscrasie du sang, et aventure une théorie fondée sur les opinions bien connues de Liebig relatives au mode d'action des virus animaux sur le fluide sanguin. Il pense que la génération du virus dans l'économie se fait aux dépens de certains principes du sang

(d'ailleurs parfaitement inconnus), et que ces principes constitutifs finissent par être épuisés plus vite qu'ils ne se renouvellent; l'altération du sang, résultant de leur disposition, serait la cause prochaine de la syphilis tertiaire ou cachexie syphilitique. — Il va plus loin encore et suppose que le mercure pourrait bien s'en prendre aussi à ces mêmes principes du sang, et n'agir utilement en somme qu'en enlevant pour ainsi dire au virus la nourriture qui l'alimente et l'entretient. La cachexie syphilitique résulterait donc de l'action combinée de la syphilis et du mercure, lequel non-seulement cesse d'être utile à cette période, mais est nuisible. Cette théorie, dont l'auteur ne se dissimule pas l'imperfection, peut rendre un compte satisfaisant des caractères de la syphilis tertiaire.

Une théorie qui explique la débilitation de la syphilis tertiaire par l'absence dans le sang de certains de ses constituants nouveaux indique par cela même un traitement rationnel dont le principe est de restaurer ces constituants: par conséquent toutes les médications, toutes les influences débilitantes doivent être évitées; au contraire, c'est aux toniques, aux stimulants, aux *reconstituants* combinés avec une bonne hygiène, qu'il faut s'adresser.

L'iode et la salsepareille sont les meilleurs médicaments, ils ont beaucoup plus de valeur que les toniques ordinaires, comme le fer, le quinquina. Les composés iodiques sont, d'après l'expérience de M. Lane, des stimulants très-puissants. La salsepareille, fait-il observer, est beaucoup trop dépréciée dans le traitement de la syphilis tertiaire; c'était le meilleur médicament qu'on eût à lui opposer avant l'introduction de l'iode dans la pratique. (*The Lancet.*)

Dr Charles SCHWARTZ.

LE SIGNE PATHOGNOMONIQUE DE LA PHTHIRIASÉ, par le
D^r TILBURY FOX.

Dans bien des cas indubitables de phthiriasé il est impossible de découvrir les pediculi soit sur le corps, soit dans les vêtements, où il est même inutile de les chercher. Mais le pediculus laisse sa trace sur la peau. On sait qu'il est muni d'une proboscide; pour se nourrir, il enfonce cette proboscide dans un follicule pileux jusqu'à ce qu'il atteigne un vaisseau capillaire; en pompant le sang, il dilate l'orifice du follicule, et quand il retire sa proboscide, le sang monte dans la cavité folliculaire, la remplit et atteint l'orifice dilaté. La lésion ainsi produite ne se présente pas sous l'aspect d'une élévation; c'est une simple dépression circulaire cupuliforme de l'étendue d'une tête d'épingle circonscrite par un bord circonférentiel bien net (follicule dilaté) et offrant un point noir au centre (sang coagulé). Il ne faudrait pas confondre cette lésion avec les follicules ou les papilles hyperémiées par le grattage, lesquels forment des papules à bords irréguliers et non arrondis, comme on peut s'en assurer à la coupe. (*The Lancet.*)

D^r Ch. Sch.

UN CAS DE TEIGNE TONSURANTE, par le D^r TILBURY FOX.

Il est des cas où la teigne tonsurante se développe mal et reste très-limitée; le diagnostic en est alors très-difficile. Le D^r Tilbury Fox rapporte l'observation d'un enfant sur la tête duquel on n'apercevait que deux surfaces suspectes de forme irrégulière, de la dimension d'une pièce d'un franc, recouverte de fines squames micacées, mais non dé-

garnies; les cheveux ne s'arrachaient pas et ne cassaient pas trop aisément; on n'en apercevait pas de brisés. A la loupe seulement on en trouvait quelques-uns de couleur plus foncée; tortillés et déviés, cassants; 5 ou 6 à chaque place malade. Le microscope montra la présence des champignons de la teigne tonsurante.

La conclusion pratique à tirer de ce cas et d'autres semblables est qu'il faut toujours recourir au microscope quand on est consulté pour un enfant présentant des plaques squameuses au cuir chevelu, quand ces surfaces sont petites et que la tête reste en bon état. (*The Lancet.*)

Dr Ch. SCH.

CAS DE NON-CONSOLIDATION D'UNE FRACTURE DU TIBIA DUE A UNE SYPHILIS LATENTE; GUÉRISON RAPIDE PAR LE TRAITEMENT SPÉCIFIQUE, par le Dr Wilson STEELE.

Voici le résumé succinct de cette observation :

Le 17 mars 1873, Peter R..., ouvrier, âgé de 30 ans, fut admis à l'hôpital pour une fracture oblique du tibia, siégeant à la réunion du tiers moyen et du tiers inférieur de cet os. La fracture fut réduite aisément et maintenue au moyen de deux attelles latérales. La rougeur et le gonflement disparurent bientôt. Le malade semblait aller aussi bien que possible; le membre était parfaitement immobilisé et les fragments bien affrontés. Cependant quand on enleva les attelles à l'époque ordinaire, il n'y avait aucun indice de réunion.

Aucune cause constitutionnelle apparente ne pouvait rendre compte de cette absence de consolidation; quant à une cause locale, la direction de la fracture ne montrait pas qu'elle pût intercepter l'action nourricière de l'os.

Le 24 avril, les fragments furent mis en bonne situation pour la seconde fois ; et on prit grand soin de la santé générale du malade.

Le 10 juin, les attelles furent de nouveau enlevées, mais les choses étaient toujours dans le même état. On se décida à employer la méthode de Dieffenbach pour développer une inflammation dans les fragments.

Le 29 juin on enleva les aiguilles, une grande quantité de pus sortit par les ouvertures qu'elles avaient faites.

Le 10 août on examine le membre, la consolidation n'a fait nul progrès. La santé générale du malade commence à s'altérer.

Le 13 août, on remarque sur la face et le corps du malade une éruption érythémateuse généralisée; en examinant l'œil gauche, qui depuis la veille présentait de la conjonctivite, on découvre qu'il est atteint d'iritis. On comprit alors que l'absence de réunion des fragments osseux pouvait bien dépendre de la syphilis, qui se manifestait par des signes non douteux, et le malade fut soumis à un traitement mixte. L'effet de cette médication fut très-heureux à la fois sur l'iritis et la marche de la fracture.

Le 8 septembre la consolidation était accomplie.

Le malade niait tout accident syphilitique; mais il présentait un phimosis congénital et avouait s'être exposé à la contagion neuf semaines avant son entrée à l'hôpital. (*The Lancet.*)

Dr Ch. Sch.

CAS DE LUPUS TRAITÉ SANS CAUSTIQUE, par le Dr TILBURY FOX.

Le cas suivant montre le résultat que peuvent donner dans certains lupus les topiques dirigés spécialement contre l'hyperhémie locale et non contre le néoplasme. Le doc-

teur Fox pense que lorsqu'un lupus est vivement congestionné et sensible, les caustiques tout en le guérissant au point d'application ne peuvent s'opposer à son extension.

K..., jeune fille de 17 ans, entra à l'hôpital le 17 juin 1873. — Cinq ans auparavant, elle s'était aperçue de la présence d'une petite tache blanche sur l'aile droite du nez; cette tache devint bientôt ulcéreuse et resta pendant un an environ de la dimension d'un pois; elle fit peu de progrès les deux années suivantes et ne prit une marche décidément envahissante que la 5^e et la 6^e année.

A son entrée à l'hôpital la malade était défigurée par un lupus de forme ovale occupant toute la lèvre supérieure, toute la partie cartilagineuse du nez et remontant de chaque côté jusqu'à un demi-pouce du bord inférieur de l'orbite. — Les parties malades étaient de couleur rougeâtre, et couvertes en certains points de larges croûtes jaunes, facilement détachables sur une surface irrégulière, congestionnée et saignante. Il n'y avait pas de suppuration. Sur la moitié droite de la lèvre inférieure se trouvait une petite plaque semblable de la dimension de l'ongle; il s'en trouvait une troisième derrière l'oreille droite. — Le cou était sillonné par les cicatrices d'anciens abcès strumeux.

Les surfaces malades furent badigeonnées deux fois par jour avec une solution diluée de sous-acétate de plomb et un liniment calcaire isolant; la malade fut soumise à une médication anti-scrofuleuse: huile de foie de morue, quinine et fer.

Après sept semaines, le lupus avait presque disparu. — La surface malade était légèrement rouge et la lésion n'était plus indiquée que par une cicatrice très-superficielle; ni rétraction de la peau, ni perte de tissus sous-cutanés.

Le docteur Fox pense que le sous-acétate de plomb agit en faisant contracter les petits vaisseaux et en combattant ainsi l'hyperhémie; la nutrition du néoplasme est entra-

vée; ses éléments subissent des altérations régulières, et il disparaît peu à peu. (*The Lancet.*) D^r CH. SCH.

CAS DE PURPURA, par le D^r DORVELL.

Le cas de purpura dont il s'agit est remarquable par la soudaineté de l'attaque, la promptitude avec laquelle les hémorrhagies se produisirent, et finalement la rapidité de la guérison.

Catherine H..., modiste, 20 ans, délicate et anémique, fut admise à l'hôpital le 23 juin, la face et le corps couverts de pétéchies, le visage gonflé, des humeurs sanguines sur la langue et à la partie interne des joues, les gencives saignantes, le pouls faible et rapide, — pas de fièvre, pas de douleur. — La malade racontait que l'avant-veille elle s'était couchée se sentant assez bien et que le lendemain matin elle s'était trouvée couverte de taches.

24 juin. — Pendant la nuit, épitaxis fort grave.

25 juin. — Faiblesse extrême; pendant la nuit la malade a toute une série de syncopes. — Hématurie. — On lui donne des stimulants, du vin, du protochlorure de fer.

27 juin. — Grande amélioration; stomatorrhagie diminuée; moins de sang dans les urines, pouls plus fort.

28 juin. — L'hématurie a cessé.

3 juillet. — Les pétéchies disparaissent; la langue et la bouche sont en bon état.

10 juillet. — La malade quitte l'hôpital anémiée, mais guérie. (*The Lancet.*) D^r CH. SCH.

DEUX CAS D'ÉRYTHÈME NOUEUX RHUMATISMAL, par le D^r Louis DUHRING.

Le D^r Louis Duhring rapporte deux cas d'érythème noueux, dont le diagnostic présentait quelque difficulté

à cause de la forme irrégulière de l'éruption. Dans le premier cas, la peau des bras, des jambes, des cuisses et de l'abdomen était le siège de nombreuses taches rougeâtres disséminées; à première vue, il était difficile de déterminer quelle était la lésion élémentaire; quelques-unes des taches étaient papuleuses, mais le plus grand nombre était de niveau avec la peau voisine; elles étaient irrégulièrement arrondies et variaient depuis la dimension d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un pois. Beaucoup d'entre elles ne possédaient pas de contours bien marqués, mais semblaient se fondre imperceptiblement dans la peau saine. A d'autres endroits, l'éruption semblait purement maculeuse, sans signes appréciables d'hémorragie interstitielle. L'apparence générale de cette éruption était celle d'une roséole sur son déclin.

Dans le second cas, une éruption abondante existait sur les membres et le tronc, consistant en petites taches arrondies de la même dimension que dans l'observation précédente. La plupart de ces taches avaient des contours mal définis; quelques-unes étaient papuleuses, tandis que d'autres moins distinctes se trouvaient, au contraire, au-dessous du niveau de la peau; d'autres étaient maculeuses et semblaient tout à fait superficielles. Les unes étaient roses, les autres d'un rouge sale. Un examen attentif montra qu'il s'agissait de petites hémorragies intracutanées; mais le diagnostic ne fut pas aisé; l'éruption ressemblait beaucoup à ces syphilides précoces si communes, où les formes maculeuse et papuleuse coexistent et se rapprochent l'une de l'autre par des intermédiaires nombreux.

Sans les autres symptômes et les commémoratifs, le diagnostic n'eût pas été possible dans ces deux cas. (*Philadelphia medical Times.*)

D^r Ch. Sch.

DU PSORIASIS DE LA LANGUE ET DE LA MUQUEUSE BUCCALE,
par le docteur M. Ch. MAURIAC.

Voici les conclusions de cet intéressant travail.

I

1° Le psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale est une phlogose chronique dans laquelle deux éléments anatomo-pathologiques principaux s'observent constamment. — Le premier est une *inflammation scléreuse* des papilles et des couches superficielles du derme; le second une *hypersécrétion épithéliale* qui se condense sous forme de plaques grises, opalines, blanches, et qui s'élimine sous forme d'écailles, de squames, exclusivement formées de cellules épithéliales.

2° Quelques auteurs ont eu le tort d'appeler cette affection *ichthyose* de la bouche, car elle évolue, tandis que le propre de l'ichthyose est de ne pas évoluer et de constituer une difformité plutôt qu'une affection.

3° Il existe d'autres éléments anatomo-pathologiques que la lésion psoriasique elle-même; mais ils n'occupent qu'un rang secondaire. Ce sont : le lichen, le pityriasis, les exulcérations, les fissures, l'état variqueux des veines, les hypertrophies glandulaires, etc.

II

1° Dans le psoriasis bucco-lingual, les parties atteintes sont, par ordre de fréquence et de gravité : la face supérieure et les abords de la langue, les commissures des lèvres, la face interne des joues, la face interne et le bord des lèvres, les gencives et la voûte palatine.

2° Il y a plusieurs phases dans le processus anatomo-pathologique du psoriasis bucco-lingual : a) période érythémateuse; b) période scléro-squameuse; c) formation des exulcérations, des crevasses, des rhagades; d) déchiqueture des bords de la langue, état mamelonné, flots, sillons, etc., résultant soit de cicatrices, soit d'une atrophie du derme produite par la pression des squames.

3° Les plaques, les bandelettes, les nappes, les stries, les squames formées par l'hypergénèse ont des teintes grise, nacrée, opaline, blanc chlorure d'argent. Cette dernière couleur s'observe dans le groupe des psoriasis buccolinguaux de nature arthritique et dartreuse.

4° Dans le psoriasis syphilitique, l'élément psoriasique proprement dit occupe le second rang dans la hiérarchie des lésions. Les éléments anatomo-pathologiques principaux sont : les érosions, les plaques muqueuses irisées, ecchymotiques, végétantes, cornées, etc.; les ulcères syphilitiques profonds, les tubercules, les gommes. Les érosions couenneuses sont plus communes dans le psoriasis syphilitique que dans les autres.

5° L'hypertrophie des papilles peut s'élever jusqu'à la formation des papillomes. Les papillomes du psoriasis sont bénins ou malins. C'est par la transformation des papillomes bénins en papillomes malins que le psoriasis bucco-lingual se métamorphose en *épithélioma* ou *cancroïde*.

III

1° Il existe une espèce de *psoriasis artificiel* ou *provoqué* qui est produit par des causes excitantes internes et n'est la manifestation d'aucune maladie constitutionnelle. On l'a décrit sous le nom de *plaques des fumeurs*. Quand il se prolonge, les causes excitantes n'existant plus, il faut admettre, derrière lui, une prédisposition générale ou locale, ou une maladie constitutionnelle.

2° L'arthritisme et la dartre produisent le psoriasis bucco-lingual typique, celui dans lequel prédomine, pendant toute la durée du processus, la dermite scléreuse superficielle et l'hypergénèse épithéliale. Le *psoriasis buccal arthritique* et le *psoriasis buccal dartreux* constituent deux espèces si voisines qu'il est impossible de les distinguer, s'il n'existe sur d'autres points du corps des lésions propres soit à l'arthritisme, soit à la dartre.

3° Dans le *psoriasis syphilitique*, l'élément spécifique (plaques muqueuses, tubercules, gommes, ulcères profonds, etc.) prédomine et la gorge est habituellement envahie, ce qui n'a pas lieu dans le *groupe dartro-arthritique*; mais tous les psoriasis qui surviennent dans le cours de la syphilis ne sont pas syphilitiques. La syphilis peut se réduire au rôle de cause excitante et provoquer la formation d'un psoriasis dartro-arthritique ou épithéliomateux.

4° Quand un psoriasis dure depuis très-longtemps sans subir de modifications, qu'il reste confiné dans son élément anatomo-pathologique spécial, qu'il n'envahit pas la gorge et résiste au traitement spécifique de la vérole, il y a de grandes probabilités pour qu'il ne soit pas syphilitique, fût-il survenu chez un individu évidemment syphilitique.

5° Il y a des psoriasis bucco-lingaux qui se transforment en *épithélioma* et constituent une espèce distincte depuis leur début jusqu'à leur terminaison, c'est-à-dire une espèce dans laquelle on ne découvre aucune maladie constitutionnelle. Mais il y a aussi des psoriasis dartro-arthritiques ou même provoqués qui aboutissent à la *transformation épithéliomateuse*.

Les troubles fonctionnels sont beaucoup plus graves dans cette espèce que dans les autres, du moins à une période avancée du processus. Parmi ces troubles, il faut noter la salivation, les douleurs lancinantes qui irradiant dans les

oreilles, la gêne de la parole et de la mastication, les adénopathies, etc.

La transformation des psoriasis bucco-linguaux en maladie maligne de la langue, en épithélioma, qui est à peu près le seul cancer de l'organe, est un des points les plus importants de leur histoire.

IV

1° Il existe des médications internes spécifiques pour trois espèces de psoriasis : l'arthritique, le dartreux et le syphilitique. Les alcalins, et en particulier le bicarbonate de soude, se donnent dans le psoriasis arthritique ; l'arsenic dans le psoriasis dartreux ; le mercure et l'iodure de potassium dans le psoriasis syphilitique.

2° Le mercure et l'iodure de potassium, qu'on administre comme pierre de touche dans les psoriasis de nature douteuse, sont très-dangereux quand il n'existe aucun élément syphilitique. Ils hâtent la transformation épithéliomateuse de certains psoriasis et en aggravent la malignité.

3° La spécificité n'existe pas pour les agents locaux ou substitutifs qu'on emploie dans le traitement des diverses espèces de psoriasis bucco-linguaux. La prudence et la modération sont nécessaires dans le maniement de ces agents substitutifs. (*Union méd.*, sept. 1873.)

EMPLOI DU BROMURE DE POTASSIUM DANS LA BLENNORRAGIE, par le Dr J.-W. BLIGH.

L'auteur administre ce médicament en même temps à l'intérieur et topiquement en injection. A l'intérieur il le combine avec des alcalins pour éviter l'action acidifiante qu'il a sur les urines et qu'il est bon d'éviter ici. Voici la formule qu'il conseille :

Carbonate de potasse.....	3 grammes.
Bromure de potassium.....	4 à 6 »
Teinture de jusquiame.....	2 »
Eau camphrée.....	150 »

A prendre un sixième trois fois par jour, et un autre sixième pendant la nuit si le malade ne dort pas.

En injection, M. Bligh emploie habituellement cette formule :

Bromure de potassium.....	6 grammes.
Glycérine.....	10 »
Eau distillée.....	150 »

Pour une injection toutes les quatre heures.

Les heureux effets de ce traitement étaient faciles à prévoir. En effet, le bromure de potassium diminue, on le sait, les sécrétions des muqueuses ; c'est un sédatif direct des nerfs qui animent ces membranes, il augmente la sécrétion urinaire et la rend moins irritante en diminuant la densité ; enfin, il a une action sédative très-marquée sur les organes de la génération. De plus, on sait qu'employé localement il a une action anesthésiante que l'on a déjà mise en usage sur l'arrière-gorge, pour faciliter, par exemple, l'examen laryngoscopique. Il était donc presumable que cette même action se manifesterait sur la muqueuse uréthrale au moyen des injections.

Pour toutes ces raisons, l'auteur recommande le bromure de potassium, non-seulement dans la blennorrhagie chronique ou subaiguë, mais encore dans la période aiguë du mal et dans la forme suraiguë ou cordée. Ce médicament du reste, ne doit pas faire oublier les moyens accessoires, tels que le régime, l'emploi des boissons émollientes, l'usage du suspensoir, et l'adjonction des astringents en injections dans la période ultime de la maladie. (*The Practitioner*, février 1874.)

SOLUTION DE NITRATE D'ARGENT DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉPIDIDYMITE BLENNORRHAGIQUE, par LE D^r ANACLETO BIZARRI.

Epididymite survenue sous l'influence d'une longue marche, chez un sujet de vingt-quatre ans porteur d'une blennorrhagie datant d'un mois. Tuméfaction, dureté et douleur considérables, surtout vers l'anneau inguinal; fièvre, suppression de l'écoulement urétral. L'auteur prescrivit l'application renouvelée trois fois par jour de compresses imbibées d'une solution de nitrate d'argent au vingtième. Dès les premiers jours, diminution considérable de la douleur et cessation complète de la fièvre; pendant les jours suivants diminution graduelle de la tuméfaction, et guérison définitive au bout de six jours. Le malade n'éprouva d'autre incommode qu'une légère sensation de brûlure qui, pendant le premier jour, se propageait à tout le scrotum, mais qui ne se fit plus sentir pendant les jours suivants.

La sécrétion purulente de l'urèthre, qui avait cessé au début de l'épididymite, ne se reproduisit plus, et le malade se trouva guéri de son uréthrite en même temps que de l'orchite qui en avait été la conséquence.

L'auteur n'entreprend pas d'expliquer l'action du traitement topique par le nitrate d'argent, et il se borne à signaler les avantages positifs qu'il en a retirés. (*Imparziale de Firenze et la France médicale*, n° 49, 1874.)

NOTE SUR LE CHAMPIGNON DE LA PELADE, par MALASSEZ.

Il existe dans la pelade un champignon parasite.

Ce champignon occupe les parties les plus superficielles de la couche cornée de l'épiderme; on le trouve entre ou à la surface des cellules épithéliales de cette couche.

Il ne se rencontre qu'accidentellement sur les cheveux, et encore siège-t-il sur des cellules épithéliales qui proviennent de l'épiderme cutané.

Il est uniquement constitué par des spores sphériques très-petites.

On peut en distinguer trois types :

1° Les premières mesurent 4 à 5 millim., ont un double contour, peuvent avoir des bourgeons. Ce sont les grosses spores.

2° Les secondes mesurent de 2 millim. à 2^{mm}5, n'ont pas de double contour, peuvent avoir des bourgeons. Ce sont les petites spores.

3° Les troisièmes ont un diamètre inférieur à 2 millim., un contour simple, pas de bourgeons. Ce sont les sporules.

Les spores ovoïdes que l'on peut encore rencontrer ne sont pas spéciales à la pelade et paraissent appartenir à une autre espèce de champignon.

Il n'existe pas de tubes, mais seulement des petits cha-pelets de 5 à 6 spores au plus.

Ces résultats confirment la découverte de M. Gruby dans ce qu'elle a d'essentiel, mais ils en diffèrent complètement sur quelques points de détail. (*Archives de physiologie*, nos 2 et 3, 1874.)

UNTERSUCHUNGEN UBER LUPUS (RECHERCHES SUR LE LUPUS),
par le Dr FRIEDLANDER.

L'auteur étudie l'histologie pathologique du lupus. Les tumeurs intactes présentent d'abord un revêtement épidermique dont la courbe inférieure, formée de cellules cylindriques, dessine une ligne ondulée en rapport avec les éminences papillaires du chorion. Sur les lupus ulcérés, on

trouve également un épithélium stratifié dont les couches supérieures ont subi la métamorphose cornée et qui profondément envoie dans la tumeur des bouchons de plusieurs millimètres de longueur. C'est toujours dans le chorion que siège le produit pathologique proprement dit : celui-ci est composé d'amas de jeunes cellules (tissu de granulation) enchâssant constamment de petites nodosités sphériques mesurant de 0,15 à 0,4^{mm} de diamètre et qui sont faciles à reconnaître par la coloration jaune qu'elles prennent sous l'influence du picro-carminate, tandis que le tissu embryonnaire intermédiaire se colore en rouge.

Au centre du lupus, ces petites nodosités sont d'ordinaire très-confluentes, se confondent en masses plus considérables, tandis que sur les bords elles sont plus clair-semées et séparées par de larges zones de tissu de granulation.

Elles sont constituées par de grandes cellules irrégulièrement cubiques, plus rarement sphériques ou ellipsoïdes, dépourvues de membrane, à contours légèrement sinueux ; ces cellules renferment un noyau rond, d'apparence vésiculeuse et mesurent en moyenne 0,012^{mm} de diamètre ; souvent elles sont plus volumineuses encore, renferment alors plusieurs noyaux ; enfin constamment on rencontre au milieu des éléments précédents des cellules géantes types sous forme de petites sphères mesurant 0,07-0,12^{mm}, pourvues à leur périphérie de prolongements effilés et à leur intérieur d'un nombre considérable de noyaux ovales (jusqu'à 100) disposés le plus souvent vers la périphérie de la cellule. Enfin, il importe de noter que ces petites tumeurs montrent çà et là des points de dégénérescence caséuse, et qu'elles sont constamment privées de vaisseaux, tandis que le tissu de granulation ambiant en est toujours abondamment pourvu.

Une des complications les plus fréquentes du lupus, dit

l'auteur, est la lésion consécutive des ganglions correspondants qui s'hypertrophient et deviennent caséeux. Or l'examen histologique montre que cette hypertrophie est produite par une infiltration très-abondante de nodosités globuleuses tout à fait semblables dans leur structure à celles des lupus, et l'auteur fait remarquer que ces lésions histologiques des ganglions sont identiques avec celles des ganglions scrofuleux, telles qu'elles ont été décrites par Schüppel. (*Untersuchungen uber Lymphdrusen — tuberculose*, 1871.)

Quant aux petites tumeurs en elles-mêmes, l'auteur les considère comme de vrais tubercules, dont elles ont tous les caractères : forme nodulaire, constitution histologique, absence de vaisseaux, tendance à la nécrobiose, durée relativement courte des éléments. (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, LX, livre 1, et *Revue des Sciences médicales*, tome IV, 2^e fasc., 1874.)

BEITRAG ZUR STATISTIK UND BEHANDLUNG DER SCABIES (CONTRIBUTION A L'ÉTUDE STATISTIQUE ET AU TRAITEMENT DE LA GALE), par le Prof. WILH. PETERS.

La partie thérapeutique est faite d'après un total de 3,000 malades environ, traités par l'auteur pendant la même période. M. P... a abandonné depuis cinq ou six ans les pom-mades sulfureuses, dont il reconnaît l'efficacité, le goudron et l'acide phénique qui lui ont également donné de bons résultats, pour se borner presque exclusivement à l'emploi du baume du Pérou et du styrax. Il emploie le baume du Pérou en nature, le styrax étendu de deux parties d'huile; une ou deux frictions très-légères faites avec l'un ou l'autre de ces deux agents, sans friction savonneuse ni bains préalables, doivent suffire d'après lui pour détruire les sar-

coptes et leurs œufs dans les sillons, où le baume pénètre facilement, dit-il, sans qu'il soit nécessaire de déchirer les sillons. Les principaux avantages de ce mode de traitement sont, suivant l'auteur, de mettre complètement à l'abri des eczémas provoqués parfois par le traitement de la gale, et d'offrir en outre un moyen sûr et peu coûteux. (*Vierteljahrsschrift f. d. prakt. Heilkunde*, Prague, vol. CXXII, p. 1, et *Revue des Sciences médicales*, tome IV, 2^e fasc., 1874.)

QUAND ET COMMENT FAUT-IL DONNER LE MERCURE DANS LA SYPHILIS, par Jonathan HUTCHINSON, de Londres.

Hutchinson considère le mercure comme un véritable antidote du virus syphilitique et le croit capable d'amener une guérison complète; cette guérison est prouvée par le retour de la santé, et en quelques cas par une nouvelle contagion. La probabilité de la cure radicale dépend de la période à laquelle le remède est donné et de la persévérance avec laquelle il est pris; il faut faire pénétrer dans l'organisme une quantité considérable de mercure et en continuer l'usage pendant très-longtemps. Le ptyalisme, loin d'être bienfaisant, doit être évité avec soin; il s'oppose à la prolongation du traitement. Si le malade montre une susceptibilité particulière pour le mercure, il faut se contenter d'en réduire la dose sans le supprimer.

Il est impossible de commencer l'administration du mercure trop tôt; il faut y recourir sans plus tarder dès qu'un chancre montre de la tendance à s'indurer. L'auteur affirme que beaucoup de chancres indurés, traités de bonne heure par le mercure, ne sont jamais suivis des symptômes caractéristiques de la période secondaire. Dans d'autres cas, les symptômes secondaires se montrent, mais sont généralement moins intenses, ou bien leur apparition

est retardée (ce qui prouve non pas l'impuissance du mercure, mais l'insuffisance du traitement).

Il est probable que les chances d'apparition de phénomènes tertiaires sont en raison directe de la gravité et de la durée de la période secondaire. Ces symptômes tertiaires seraient plus rares et moins graves chez les malades traités sérieusement par le mercure.

On n'a pas encore prouvé jusqu'ici qu'il y eût des formes de syphilis où le mercure soit contre-indiqué; cependant, en règle générale, il faut s'en servir avec plus de précaution dans les formes ulcératives.

L'iodure de potassium ne possède que peu ou pas d'influence sur les symptômes primitifs et secondaires.

Le mode d'administration du mercure est sans importance; quand une méthode ne réussit pas, il faut essayer d'une autre. (*The Lancet*, janvier 1874.)

D^r Ch. Sch.

Livres déposés au Bureau des Annales de Dermatologie.

- Traité des maladies des reins et des altérations pathologiques de l'urine*, par M. le D^r LECONCHÉ, médecin des hôpitaux, etc. 1 volume in-8^o de 840 pages. Paris, chez G. Masson. 12 fr.
- La syphilis et la prostitution, dans leurs rapports avec l'hygiène, la morale et la loi*, par M. le D^r HIPPOLYTE MIREUR, médecin inspecteur du dispensaire de salubrité publique de Marseille. 1 fort volume in-8. Paris, chez G. Masson. 10 fr.
- Recherches statistiques sur l'étiologie de la syphilis tertiaire*, par M. le D^r LOUIS JULLIEN, chef de clinique chirurgicale des hôpitaux de Lyon. 1 volume in-8 avec nombreux tableaux. Paris, chez G. Masson 3 fr.
- La responsabilité criminelle et la capacité civile dans les états de trouble intellectuel*, par M. le D^r KRAFFT-EBING. Traduit de l'allemand par M. le D^r CHATELAIN, médecin en chef de la maison de santé de Préfargier. 1 volume in-8. Paris, chez G. Masson. . . 5 fr.
- Notice sur l'émulsion de coaltar saponiné*, par M. LUCIEN LE BEUF fils. In-8. Paris, chez J.-B. Baillière et Fils. » 75 c.

Le gérant, G. MASSON.

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

I.

CONSIDÉRATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES ET
NOSOLOGIQUES SUR L'ESTHIOMÈNE, POUR EN
DÉSIGNER LA NATURE ET EN INDIQUER LE
TRAITEMENT.

Par le docteur DAUVERGNE père, médecin de l'hôpital de
Manosque et des épidémies de l'arrondissement de For-
calquier, etc., etc.

Parmi les Willanistes, MM. Cazenave et Schedel, après avoir classé à part l'esthiomène, qu'ils nomment *lupus*, laissent échapper dans un aveu le mot de *dartre rongeante*. Gibert, plus expansif, désigne spécialement cette affection par cette dernière dénomination et en présage ainsi la nature : M. Bazin, au contraire, pour les besoins de sa nouvelle école, s'écrit : « Gibert préfère au mot *lupus* celui de *dartre rongeante*, qui lui avait été donné par les Grecs et par Galien. Mais cette dénomination, malgré les titres invoqués, n'a point, heureusement, prévalu. » (*Dict*

encycl. de médecine, art. LUPUS, t. III, 2^e série, p. 498.)

Voyons quel grand bonheur il y a eu que ce ridicule mot de *lupus* ait été préféré à celui d'ἐρπης ἐσθιόμενος que Celse, l'Hippocrate latin, le savant grammairien, l'encyclopédiste même, l'ami de Virgile, d'Horace, d'Ovide, qui vivait à l'époque savante d'Auguste, employait comme langage consacré (Celse, lib. V, chap. xxviii, § 15); que Galien, cet autre encyclopédiste, le plus savant médecin de l'antiquité, le médecin de Marc-Aurèle Antonin le philosophe, le représentant particulier de la médecine grecque, conservait près de deux siècles après Celse. (Galien, *Liber de tumoribus præter naturam*.)

Expliquera-t-on, lorsque Alibert a puisé ses *varus*, ses *mentagra*, ses *melitagra* dans Celse, comment Gibert a pu dire qu'il avait pris son *esthéomène* dans Guy de Chauliac? (*Manuel des maladies de la peau*, p. 396.) Expliquera-t-on pourquoi chacun admire l'élégant langage de Celse qu'on a appelé le Cicéron des médecins, tandis qu'on trouve fort ridicule le style recherché et imagé d'Alibert? N'y verra-t-on pas, une fois pour toutes, le calcul de dénaturer tout ce qu'avait fait notre illustre maître à tous, pour élever sur les ruines de sa doctrine un chétif système? Mais si le poids de la reconnaissance avait pu égarer Bielt, ses élèves auraient dû être plus avisés. D'autant qu'il n'est résulté de tout cela qu'un pas rétrograde dans la science, sur lequel M. Rosanbum a pu dire: « Ce fut ainsi que les idées vraies ou fausses furent confondues pendant longtemps, jusqu'à ce qu'enfin la mauvaise doctrine prit le pas, grâce aux efforts de Willan et de Bateman, » ajoutons de Bielt. (*Histoire critique des maladies de la peau*, par J. Rosanbum, Halle, 1844, traduction de Daremberg: *Annales des maladies de la peau*, t. II, p. 211.) On lit, au contraire, dans le même ouvrage, qu'Alibert

avait composé, et le plus souvent avec succès, la plupart de ses groupes.

En France, les maîtres de la science du jour, MM. Bazin et Hardy, reviennent manifestement à l'idée primordiale d'Alibert, tout en conservant, chose étrange, les noms inappropriés et ordinairement transposés des Anglais. (Voyez *Historique des dartres*, ma thèse inaugurale. Paris, 1833.) Mais déjà en 1863 on disait : « La classification de Willan et de Bateman, après avoir été presque généralement adoptée, a perdu aujourd'hui beaucoup de son crédit, et l'on paraît porté à revenir à une classification naturelle. » (*Dict. lexicographique des sciences médicales*, par Raige de Lorme, Daremberg, p. 969.) Classification naturelle, c'est-à-dire celle d'Alibert ! d'autant que nous prouverons dans un autre travail que, lorsque les pathologistes modernes veulent s'en éloigner, ils faussent à la fois la nosologie, la lexicographie et la thérapeutique, sans parvenir à être plus exactement histologiques.

Mais déjà, par ce retour inévitable de la science, il ne résulte de tous les efforts de Biett que la confusion produite par des noms vulgaires ou interposés sans pudeur pour encombrer le diagnostic, faire méconnaître la nature des affections et, partant, égarer la thérapeutique. Je me trompe ; il restera encore le témoignage ineffaçable de son ingratitude, puisqu'on pourra toujours lire dans sa biographie : « Biett se lia surtout avec Alibert, qui l'adjoignit à ses travaux et le fit admettre comme médecin de l'hôpital Saint-Louis avant même qu'il fût reçu docteur. » (*Dictionn. encyclop.*, t. XII, p. 262.

Malgré donc l'école de Willan et de Biett, tous les travaux de MM. Bazin et Hardy l'attestent aujourd'hui ; comme toujours, le problème des maladies de la peau reste dans les principes essentiels d'Alibert : *de quelle nature est telle affection ?* Mais, disait naguère M. Béhier à l'Académie de

médecine, avant tout il faut s'entendre sur les mots. On se tromperait, en effet, étrangement si l'on croyait que le nom d'une maladie n'est pour rien dans l'idée de sa nature et dans le genre de sa thérapeutique ! Cela est si vrai que M. Bazin n'éprouve du bonheur de voir adopter le mot bizarre de *lupus*, à la place de celui d'*herpès esthiomène* qui désigne une dartre et sa nature, que parce que l'autre, n'exprimant rien, lui permet de mettre la moitié des affections qu'il lui fait représenter, soit dans les scrofulides, soit dans les syphilides. (*Ouv. cit.*, p. 216.) Nous verrons plus tard s'il est possible de rendre cette maladie amphibie; cherchons d'abord les parrains de son extravagante dénomination.

Par cette dernière raison, on l'avait naturellement attribuée à Paracelse, pensant que l'alchimiste illuminé seul pouvait l'avoir enfantée dans quelque libation, ou fabriquée pour l'usage de son charlatanisme crapuleux. (*Voyez le Dict. hist. de Deizeimeris*, t. III, p. 666.) Mais rendons justice à qui de droit. J'ai feuilleté, dans le temps, la *Grande chirurgie* de Paracelse et ne me souviens pas de l'y avoir rencontrée. J'ai même sous les yeux la traduction de Dariot, et je ne vois à la page 280 qu'une maladie qui puisse se rapporter à l'esthiomène : ce sont des ulcères qui peuvent venir au visage, aux épaules et à d'autres parties du corps, qu'il appelle *ulcères despacentes ou ambulantes*. Or, si Paracelse a employé le mot *lupus*, son traducteur a eu le bon goût de le trouver ni assez scientifique ni assez applicable. La première trace que j'en ai rencontrée est dans Guillaume de Salicet, qui conserve pour lui-même les noms d'*herpes esthiomenos* et s'exprime ainsi : « l'*herpes esthiomenos* apararoist en manière de ung pois avecques durté au lieu et chaleur et se augmente et croit continuellement, petit à petit, en multipliant... Il procède toujours et chemine en corrodant jusques ad ce qu'il aist

détruist et modifié . . . et pour l'amour de sa déambulation corrosive, il est appelé vulgairement hérésipèle lupasine. » (*Cyrurgie*, trad. chap. LVII.) Si donc Paracelse s'est servi du mot *lupus*, il l'a pris dans le vulgaire et à une époque ignorante, puisque l'alchimiste est né à Marien-Eisiedeln, en Suisse, l'an 1498, c'est-à-dire un siècle après Guillaume de Salicet qui professait à Verone au treizième siècle. Enfin ne résulte-t-il pas de tout ceci que les dermatologistes modernes ont employé bien maladroitement ce mot de *lupus*; qu'ils ont fait peu d'efforts pour chercher dans l'histoire la véritable origine des mots, et qu'il est fort étrange, sinon pire, que M. Bazin ait attribué le nom d'esthiomène à Galien, Gibert à Gui de Chauliac, et MM. Cazenave et Schedel à Paracelse.

Qu'on me pardonne cette digression lexicologique, que je crois de mon devoir de soulever pour rendre à la science le langage qu'elle n'aurait jamais dû perdre, et pour montrer l'injustice dont on a usé envers mon illustre maître; lui qui, le premier, a débrouillé le chaos des maladies de la peau; qui a su trouver leurs dénominations les plus exactes, souvent dans de simples indications; lui qui, en restant fidèle à ce que l'antiquité nous a légué de plus savant, nous a tracé, avec une exactitude et un charme qu'on n'a pu imiter, à la fois la nature et la forme de ces maladies. Ses détracteurs, au contraire, ont nié la nature des maladies pour pouvoir les confondre pêle-mêle dans des cadres postiches; aussi ont-ils associé les maladies les plus disparates et séparé les plus analogues; et pour ne pas s'arrêter en si beau chemin, ils ont donné les noms des maladies aiguës à des chroniques, ceux des maladies qui meurent sur place à celles qui serpentent, et cependant tous ces solécismes qu'on n'aurait pas pardonné à des écoliers, ont été reçus et adoptés. Pauvre humanité! tu roules toujours le rocher de Sisyphé!

Si les noms historiques ne leur convenaient pas, pourquoi n'en créaient-ils pas de nouveaux, comme Chaussier, Piorry, Alibert même ? Lorsque notre maître n'a pas trouvé dans le langage des auteurs des noms qui répondissent à l'idée qu'on devait se faire de la maladie, il en a créé. Souvent il a pris un mot plus générique pour désigner la nature de l'affection, un autre plus particulier pour en signaler le genre ou l'espèce. C'est ainsi, pour ne citer qu'un exemple, que son groupe des affections dartreuses contient tout ce qui se rattache, d'une manière plus ou moins rapprochée ou éloignée, à la nature de ces maladies, et réalise cette assertion de Lorry : *Nam morbi omnes plus gradu et nomine differunt, quam naturâ*. Mais souvent, en ajoutant un adjectif, il désigne la forme et les phénomènes ; de manière qu'en nommant la maladie, il en donne le diagnostic. C'est ainsi que, sans parler de la famille des dermatoses dont le mot est resté, et pour emprunter l'argument à M. Hardy, je ne citerai que le genre herpès de son groupe des dartres : *l'herpes furfuraceus circinatus, l'herpes lichenoides centrifugax, l'herpes squamosus madidans* pour lequel nous lisons : « dénomination pittoresque qui représente bien les deux traits principaux de l'eczéma, savoir la sécrétion humide de la peau et la desquamation épidermique. » Hardy, *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, art. ECZÉMA, p. 375.)

Pittoresque ! Si ce mot était sorti de la bouche d'un élève de Bielt, on aurait peut-être dû le prendre en mauvaise part ; et cependant c'est là un des plus grands éloges qu'on puisse adresser à mon maître, car madame Necker a dit qu'il n'y a que le génie qui puisse rendre le langage pittoresque, puisque d'une allusion, d'une fine comparaison, d'un mot, il peint toute une histoire, de même qu'un rayon de lumière anime tout un tableau. Or, c'est ce que l'on voit à chaque page dans la *Monographie des dermatoses*. Alibert n'a pas besoin de beaucoup de détails, comme nous,

pour montrer une maladie. Il dépeint souvent sa pathogénie, ses causes, sa nature, ses symptômes, sa marche dans une seule phrase ! Pourquoi donc M. Hardy, qui a compris ce génie, qui lui rend justice en entrant si largement dans ses principes, même dans l'esprit de sa nosologie, n'adoptait-il pas également ses dénominations qui, seules, souvent définissent et caractérisent une maladie, toujours en restant fidèle à la tradition savante et aux indications thérapeutiques ?

Cette justice rendue à mon célèbre maître, je me limite particulièrement à mon sujet et je dis que si M. Bazin a adopté le mot *lupus*, c'est parce que celui d'ἔρπης ἰσθιόμηνος, toujours traduit par dartre rongeante le gênait pour faire de cette dartre une scrofulide. Or, non-seulement c'est là une erreur contre laquelle nous venons témoigner, mais les véritables maladies scrofuleuses étaient déjà représentées, et avec beaucoup plus de raison, dans le groupe des der.natoses strumeuses d'Alibert, parce que ces maladies ne commencent pas par la peau. J'incline en effet bien plus vers l'opinion de M. Cazenave, et sans dire comme lui que l'affection scrofuluse consiste uniquement dans l'hypertrophie du système glandulaire et de préférence des glandes cervicales avec tendance à l'ulcération, je proclame qu'elle commence dans un état chimico-pathologique de la constitution en général pour se manifester particulièrement par des altérations des glandes lymphatiques et aboutir très-secondairement à la peau.

Jamais il n'est venu à la pensée de Lugol et d'Alibert de faire une classe de scrofulides. Alibert a même hésité de faire un groupe de maladies strumeuses de la peau, car il s'exprime ainsi : « Quand on a fait une étude particulière de la maladie scrofuluse, on éprouve quelque embarras pour classer des symptômes qui prennent certainement toutes leurs racines dans le système lymphatique : aussi

ai-je cru devoir la rattacher à la famille des adénoses, dans mes premières études sur la nosologie naturelle ; mais comme elle est universelle dans ses ravages, comme elle éclate à la peau, j'estime qu'elle peut pareillement figurer dans cette monographie. » (*Monog. des dermatoses*, in-8°, t. II, p. 449.)

Lorsqu'il s'est agi de spécifier, il n'a ni faussé le principe de la maladie, ni forcé le genre de phénomènes pathologiques pour créer des entités chimériques ou transposer d'autres affections. Il a admis seulement deux genres : la scrofule endémique et la scrofule sporadique. « Celle-ci, dit-il, tient plutôt à la déviation qu'au manque des sucs nourriciers ; elle est le résultat des excès dans les choses qui servent à l'entretien de la vie ; elle est le fruit de la corruption sociale et des maladies qui en sont la suite : aussi monte-t-elle jusqu'aux plus hautes conditions et dans la demeure luxueuse des riches... Cette espèce est la plus commune ; elle infecte les populations les plus nombreuses ; elle se montre aux angles de la mâchoire, au nez, sur le tissu graisseux des joues, aux doigts des pieds et des mains, aux articulations, etc... La scrofule endémique, au contraire, provient du manque de nutrition, des qualités pernicieuses des aliments, de l'air, des eaux, et de tout ce qui sert de pâture à l'existence animée : de là vient que, dans cette espèce, toutes les fonctions pèchent par défaut. » (Alibert, *ouv. cité*, t. II, p. 452 et 466.)

Pour les affections syphilitiques même, il n'est pas rationnel de ne faire qu'un genre d'affections, dont le nom indiquerait qu'elles se bornent à la peau. Avant d'être syphilides, elles sont véroleuses, parce qu'elles dépendent d'une infection primitive. Alibert a donc été bien mieux inspiré de faire un groupe de maladies véroleuses, où il a indiqué d'abord l'origine du mal, donné une place aux affections qui se bornent à la peau, et encore à celles qui

atteignent tous les tissus jusques aux os, dont il a fait le genre *Syphilis exulcerans excavata*.

Avec de tels principes, on ne risque pas de confondre avec l'esthiomène des ulcérations syphilitiques, parce qu'elles rongent les tissus de la face, atteignent les maxillaires, les os du nez, perforent le palais et sphacèlent tout à coup les chairs et la peau. C'est ainsi que j'ai vu nombre de médecins nommer lupus, partant traiter en conséquence de pareils ulcères syphilitiques, et faire fausse route thérapeutique.

Il s'agit donc de rétablir la véritable place nosologique de l'esthiomène pour éviter de pareilles erreurs, et c'est surtout dans l'anatomie pathologique de l'ulcère dartreux et de l'ulcère syphilitique que nous allons en trouver les moyens.

M. Bazin, dans son article lupus déjà cité, se plaint qu'aucun dermatologiste en France ne se soit occupé de l'anatomie pathologique de l'esthiomène; et qu'on soit obligé d'aller prendre en Autriche quelques recherches de M. Auspitz (de Vienne). Or, voici ce que je disais en 1833 et ce qu'a dit M. Auspitz en 1863.

Dans le *Bulletin général de thérapeutique*, à propos du traitement par le styrax que j'instituai contre l'esthiomène, je consignai déjà quelques recherches d'anatomie pathologique (t. V, p. 119). Mais dans ma thèse inaugurale (*De l'inflammation dartreuse*, Paris, 1833), je disais, p. 16 : « La peau, pour se préparer à l'ulcération, s'engorge, se boursoufle par plaques, elle s'indure et devient véritablement lardacée. J'ai recherché sur le cadavre ces plaques à diverses époques de leur formation : les unes étaient rouges à l'extérieur et présentaient des exfoliations épidermiques. En divisant avec un rasoir les parties les plus superficielles et successivement jusqu'aux plus profondes, on remarquait d'abord un tissu cellulaire pénétré de toutes

parts par le sang... A une époque plus avancée, ces plaques gagnaient en consistance ; l'induration s'effectuait peu à peu, s'annonçant par une teinte moins rouge ; et cette teinte s'effaçait par degrés, à mesure que le travail de l'esthiomène était plus ancien et que l'induration était parvenue à une certaine période. Les écailles épidermiques cessaient de se renouveler et étaient remplacées par des croûtes au-dessous desquelles était l'ulcération... Ce n'était d'abord qu'une simple excoriation qui mettait à nu des tissus rosés ; plus tard, ce fond de l'ulcération était moins injecté (dégénérescence lardacée)... et l'on découvrait à sa surface des granulations qui n'étaient pas des bourgeons mous et végétants, mais formés d'un tissu dur, blanchâtre, inégal... (p. 17), de sorte que certaines parties, se désagrégeant, laissent proéminer les particules qui restent intactes... D'où il suit que l'on peut parfaitement dire que l'ulcération marche de concert avec l'induration et que celle-ci lui prépare la voie... (p. 18) et fournit les matériaux des croûtes... qui renferment *un détritus* résultant de la désagrégation des particules charnues... Les croûtes qui sont anciennes deviennent inodores par la dessiccation de ces débris charnus : tandis que les croûtes nouvellement formées répandent une odeur gangréneuse et renferment une multitude de petits grains noirâtres au milieu d'un liquide albumineux qui se concrète » (p. 33).

En 1865, M. Auspitz écrivait : « Le lupus consiste essentiellement en une infiltration de cellules affectant le derme uniformément dans toute son épaisseur, et ayant pour point de départ les éléments cellulaires du tissu connectif... La néoplasie dont le derme est le siège... augmente l'épaisseur des tissus ; leur contenu se trouble et subit un commencement de dégénérescence grasseuse... Lorsque le lupus se termine par ulcération, la couche de Malpighi, complètement envahie par la dégénérescence

graisseuse, se transforme en un détritus moléculaire, ainsi que le derme dans une épaisseur variable. » (Bazin, *ouv. cit.*, p. 208, 210.)

Ainsi, il n'y a de changé que le langage histologique qu'ont introduit chez nous les Allemands. J'appelai injection ce que M. Auspitz nomme infiltration ; le tissu cellulaire d'alors est devenu le tissu connectif ; l'induration, néoplasie ; la dégénérescence lardacée, grasseuse. Le mot détritus est resté le même. Toutefois, j'expliquai plus complètement comment le détritus s'effectuait et servait de matériaux aux croûtes. Voici d'ailleurs ce que j'écrivais à cette époque : « Ce qui m'a porté à employer le styrax dans la dartre rongeanle, c'est l'observation que je faisais que ses ulcérations ne produisaient jamais de pus. Un liquide albumineux entraînant des détritus de parties solides, transsude sans cesse des surfaces esthiomènes. Une fois ce liquide albumineux concrété, la surface extérieure de la croûte devient jaune, verdâtre ou grisâtre ; mais les couches inférieures plus récentes, privées d'air, sont mollasses, noires et puantes... Si ces productions esthioméniques sont squameuses, elles reposent sur une peau épaissie, rouge, boursoufflée et disposée à l'ulcération ; si elles sont croûteuses, épaisses et proéminentes, elles siègent sur une ulcération plus ou moins profonde, suivant l'ancienneté de la maladie. » (*Bulletin général de thérapeutique*, t. V, p. 120, 1833.)

Voilà que j'avais établi avant qu'il que ce soit le mode d'induration, la désagrégation ulcéralive, la formation des squames et des croûtes de l'esthiomène. En 1849, mon regrettable ami Huguier, excellent condisciple de l'hôpital Saint-Louis, qui dernièrement, au milieu de ses vives souffrances, me donnait encore des témoignages de sa bonne amitié, avant M. Auspitz aussi, avait apporté sa part de lumière à l'anatomie pathologique de la dartre

rongeante des parties génitales de la femme, qu'il se garde bien d'appeler lupus. « La teinte de l'ulcération esthiomène, dit-il, est blafarde, d'un rouge sombre ou violet.. Cette surface est rarement fongueuse ou putrilagineuse; elle est mamelonnée, granulée ou villeuse, à la manière de ce velours grossier, généralement connu sous le nom de velours d'Utrecht. » (*Mémoire sur l'esthiomène ou dartre rongeante de la région vulvo-anale*, ext. du t. XIV des *Mémoires de l'Académie*, p. 16, 1849.)

Toutefois, comme M. Bazin fonde, avec juste raison, le diagnostic de l'esthiomène sur ses croûtes, ce travail doit être complété par une analyse plus minutieuse de ces excréments, afin qu'il ne puisse plus y avoir de confusion; et je prends tout de suite mon point de départ de l'assertion capitale de ce savant dermatologiste : « Le lupus ulcéreux sera reconnu à sa croûte sèche, dure, adhérente, profondément enchâssée dans la peau. » (*Ouv. cit.*, p. 213.)

Constatons donc que M. Bazin qui reconnaît son lupus ulcéreux aux croûtes n'admet pas cette affection sans elles; d'où il suit que lorsqu'il s'agit d'ulcères sans croûtes, seraient-ils au visage, emporteraient-ils le nez et la face, ce ne sont pas des esthiomènes. Quant à l'*esthiomenos repens* tuberculeux, personne ne nie ses squames, sa reptation. Par conséquent, M. Bazin ne saurait nier qu'il existe une grande analogie de forme, d'aspect, de marche, entre cet esthiomène et diverses espèces de dartres furfuracées arrondies ou lichenoides, puisqu'il présente aussi des exfoliations épidermiques, des formes arrondies, une marche centrifuge, se cicatrisant d'un côté et affectant l'autre. Or, s'il est vrai que cette espèce d'esthiomène puisse attaquer les joues et le front sans attaquer le nez, et sans être ulcéreux, combien n'en voit-on pas qui sont à la fois *terebrans* et *repens*, c'est-à-dire qui détruisent les ailes du nez tout

en ravageant par ses évolutions de tubercules squameux le reste du visage.

Mais pour arriver à une plus grande certitude de diagnostic, il est indispensable que nous poussions plus loin l'analyse des squames et des croûtes. D'autant que toutes ces productions, pendant longtemps, ont été prises pour des excréctions pathologiques ; tandis que j'ai été le premier, je crois, à établir que les squames, comme les furfures, n'étaient que des exfoliations épidermiques, c'est-à-dire des parcelles d'un épiderme imparfait, produit par le corps de Malpighi altéré. Les croûtes, au contraire, sont le fait de la sécrétion des cystes sébacés malades ou l'exhalation d'un liquide albumineux par une surface ulcérée. Les squames ne sont donc qu'un épiderme renouvelé, plus ou moins physiologique, suivant que le corps muqueux qui le sécrète est plus vivement ou chroniquement hyperémié. Ces squames et furfures présentent au microscope le même aspect. Ce sont des sortes de dentelles percées de trous et formant divers dessins. Ces trous sont d'autant plus larges que la texture de cette squame est moins parfaite et qu'elle a mis moins de temps à se former. Alors, elle est aussi plus épaisse, plus friable et provient d'une peau plus vivement enflammée. Dans le pemphigus, les dartres squameuses humides vivement enflammées où il existe encore une exhalation des couches plus profondes de la peau, un liquide albumineux, que l'on voit sourdre des crevasses cutanées, soulève les exfoliations épidermiques, s'y concrète, rend la squame plus épaisse, plus opaque, plus friable, et la fait participer un peu à la nature et à l'aspect de la croûte, dont elle a pris une partie de ses éléments.

Les squames que l'on trouve sur les tubercules de l'esthiomène sont, au contraire, dures, sèches, transparentes ; elles sont d'une texture serrée, lentes à se renouveler, difficiles à détacher, parce qu'elles sont le produit d'une

néoplasie chronique. Elles ont un aspect corné et ressemblent beaucoup à celles que l'on rencontre sur la dartre lichénoïde ou sur certains prurigos. Elles sont cependant généralement plus larges, mais dans ces deux espèces de maladies, elles se détachent sur certains points de leurs bords, s'y relèvent, s'y recoquillent, tandis qu'elles tiennent assez fortement sur d'autres. C'est cette disposition diverse sur les différents tubercules, plus accentuée sur les maladies dont nous venons de parler, qui, en leur donnant cette rudesse au toucher, leur a mérité l'adjectif lichénoïde, et non pas, comme l'ont fait les Willanistes, le nom de lichen, qui est celui de la plante elle-même. Les squames de l'esthiomène varient encore pendant qu'elles sont produites par un tubercule, par une plaque plus ou moins hyperémiée et le phénomène, comme on a pu voir, lui est commun avec les dartres. Plus la partie malade de la peau est rouge, plus elle est activement enflammée, plus promptement la cuticule épidermique se reproduit, chasse la précédente et *vice versâ*.

Lorsque le derme, dans ses points altérés, a subi une certaine hyperplasie, que le corps de Malpighi qui produisait bien ou mal ces cuticules épidermiques a été détruit, l'ulcération commence, ai-je dit, en 1833, et l'excrétion de cette surface ulcérée et hyperplasiée, en se desséchant à l'air forme la première couche de la croûte. Ainsi dans l'esthiomène les tubercules parsemées sur les joues et le front, constituant les bords de la dartre, produisent des squames. L'ulcération et les croûtes siègent au centre, au nez ou aux joues et complètent le véritable herpès esthiomènos des Grecs, traduits depuis Joubert, Tagault, Fernel, Baillou par dartre rongeante.

Nous voilà loin et en compagnie de M. Bazin, de l'école de Willan qui n'admettait pas les croûtes comme éléments de diagnostic. Mais bien plus, je reconnais avec ce méde-

cin qu'un des meilleurs caractères distinctifs d'un esthiomène et d'une syphilide consiste en ce que les croûtes de l'esthiomène *sont plus profondément enchâssées dans l'ulcération* que celles que produisent les syphilides. Seulement M. Bazin croit que les croûtes de l'esthiomène ne sont pas formées par des couches stratifiées comme celles des syphilides qu'il reconnaît être disposées en patelles ou comme des écailles d'huîtres. C'est là une erreur ! Il peut bien y avoir sur une ulcération esthioménique naissante ou sur une ancienne récemment dépouillée de ses croûtes, certaines concrétions irrégulières, même en grumeaux, mais une croûte ancienne sur une ulcération un peu profonde est certainement formée de couches superposées à la manière des coquillages indiqués. Il est vrai que les croûtes des syphilides qui ont quelque analogie avec ces dernières présentent une stratification plus prononcée. J'en ai vu dont les couches étaient si distinctes qu'elles représentaient un feuilletage de pâtisseries. Mais si le phénomène n'est pas si marqué sur les croûtes de l'esthiomène, il n'est pas moins positif, car on peut toujours facilement séparer les diverses couches qui les composent et ce qui les distingue invariablement ce sont les molécules du détritus de l'ulcération, qui donnent aux couches supérieures et anciennes lorsqu'elles sont desséchées cette teinte grise ou verdâtre ; tandis que les profondes, celles qui en constituent la base sont noires, molles et la partie adhérente à l'ulcère montre parfaitement les divers résidus de la désagrégation moléculaire. Ces croûtes ainsi stratifiées sont plus ou moins coniques, plus ou moins arrondies, oblongues suivant la forme de l'ulcération qui les a produites, et, tandis que la partie culminante de cette sorte de coquille ou de carapasse est inodore, sa base a une odeur nauséuse.

Enfin pendant que la croûte esthioménique est ordinaire-

ment unique au centre de la dartre rongeante, les syphilitiques sont toujours multiples sur le visage et souvent parsemées sur le corps et distantes les unes des autres comme les coquilles sur un manteau de pèlerin. Elles sont ordinairement jaunes, jamais peut-être grisâtres ou noires... elles recouvrent toute l'ulcération qui les produit, sans engorgement ni rayons à l'entour (ce qui fait qu'elles ne sont pas enchâssées) et lorsqu'elles se détachent elles laissent plutôt une surface muqueuse qu'une ulcération. Ces affections ont donc des caractères fort différents et il est partant impossible de faire rentrer l'esthiomène dans les syphilides.

De son côté, mon digne ami Huguier qui a poussé aussi très-loin le diagnostic différentiel des deux affections, dit au sujet des tubercules qui pourraient les faire confondre : « Les syphilitiques une fois qu'ils se mettent à se ramollir, donnent assez promptement naissance à des ulcères étendus qui dépassent l'épaisseur de la peau dont la surface sanieuse est grisâtre, jaunâtre, pultacée. » (*Ouvr. cité*, p. 35.) Plus bas ce syphiliographe distingué ajoute : « Ces ulcérations font des progrès rapides comparés à ceux de l'esthiomène ; leur fond est fongueux, très-inégal, sa teinte grise persiste jusqu'au moment où elles commencent à se cicatriser, leurs bords sont rouges, opaques, enflammés, élevés, sans être boursoufflés. » (*Ibid.*, p. 38.) J'ajoute que souvent les bords de ces profondes ulcérations syphilitiques sont taillés à pics, partant élevés, mais sans grand changement de couleur à la peau.

D'après tous ces faits, il nous sera facile de prouver que l'esthiomène ne peut être classé que parmi les dartres, dont il constitue un genre particulier, si l'on veut, se rapprochant toutefois de certaines affections cancéreuses, telles que des cancroïdes avec lesquelles il pourrait être confondu, et avec certains cancers atrophiques dont j'ai pu voir

différents cas et qui procèdent comme l'esthiomène par induration et désagrégation. Aussi ces analogies n'avaient pas échappé à la sagacité de mon illustre maître, qui a fait de l'esthiomène son dernier genre des maladies dartreuses, de manière à servir de trait d'union ou de transition aux maladies cancéreuses.

Or, MM. Hardy et Bazin ont cru pouvoir reconnaître une certaine communauté d'origine ou de nature entre leurs eczémats ou dartres et le cancer. S'il en était ainsi, ce serait doublement étrange qu'ils répudiasent de la famille des dartres l'esthiomène, qui précisément se différencie de certains cancroïdes par des desquamations épidermiques au début et à la fin de la maladie à la manière des dartres. Cela avec tous les phénomènes de chronicité, d'hérédité, de lenteur d'évolution, surtout de reptation et de reproduction que M. Hardy, comme Alibert depuis Galien, donne pour caractère essentiel aux dartres. Rien d'identique ne se passe dans les diverses autres affections de la peau ; aussi je ne comprends pas comment M. Bazin a pu craindre que les croûtes de l'esthiomène pussent être confondues avec celles du phlyzacia (ecthyma et rupia de Willan). Seule et même maladie pour le dire en passant, à l'état aigu ou chronique dont les Willanistes en ont fait deux, ce qui a fait dire aussi à M. Hardy : « Je me rapproche en cela de la classification d'Alibert, lequel donnant à l'ecthyma le nom de phlyzacia, l'avait placé dans la classe des eczèmes ou maladies inflammatoires de la peau. » (*Ibid.*, art. ECTHYMA, t. XII, p. 363.)

Certains cancroïdes seuls par leur reptation aussi pourraient induire en erreur quelques médecins peu familiers avec les maladies de la peau, mais précisément encore l'absence de squames signalerait le cancroïde qui se produit par des ulcérations rutilantes ou seulement recouvertes à certains endroits de grumeaux jaunes, translucides, quel-

quefois rougeâtres à cause du sang qui se mêle à l'excrétion de la plaie.

L'esthiomène est donc tout d'abord et essentiellement une dartre ; quelquefois simplement rampante, d'autres fois perforante et plus souvent rampante et perforante. Il est une dartre, parce qu'il est impossible de le classer parmi d'autres maladies qui aient autant d'analogie, et les Willanistes qui n'admettaient pas de dartres l'ont bien prouvé en ne sachant où le placer et en lui conservant le nom de dartre rongeante. Mais, parce que l'esthiomène est une dartre, ne peut-il pas se développer sur différentes constitutions ou au moment de certaines diathèses ? C'est là la loi commune à toutes les maladies ; ce qui a fait justement dire à M. Hardy que les dermatoses se modifient suivant le terrain sur lequel elles germent. C'est ainsi que déjà Baglivi avait pu dire qu'il n'y a pas de pneumonies, mais seulement des pneumoniques !

D'ailleurs, pour ne plus se méprendre sur les principales physionomies que cette affection présente et surtout la confondre, comme je l'ai vu faire par des médecins distingués, avec certaines ulcérations syphilitiques, je vais donner brièvement l'esquisse de quelques sujets dont je pourrais produire la photographie ; car je les ai peints, il y a quarante ans, à l'hôpital Saint-Louis et je les conserve toujours dans mon cabinet.

Je commence par l'esthiomène type, c'est-à-dire dartreux, pour montrer ensuite les cas que je ne considère que comme des hybridations pathologiques. Tous les médecins et les élèves de l'époque indiquée ont pu connaître à l'hôpital Saint-Louis, madame Picard, qui servait de femme de ménage à Arnal, Darcet, Duchesne-Dupare, Girou de Buzareingues et à moi, et dont le mari était un des portiers, ce qui nous avait permis de connaître tous ses antécédents. Cette femme portait depuis plus de vingt ans un esthio-

mène qui lui occupait le nez, les joues et le front. Les cartilages du nez avaient été rongés, l'ulcération s'était arrêtée aux os, mais avait considérablement rétréci les narines. Lorsqu'elle nous servait elle était sensée guérie, il ne lui restait qu'une certaine rougeur avec des squames fort lentes à tomber et à se reproduire. Ces rougeurs, par plaques, s'exaspéraient parfois, tantôt à un endroit, tantôt à un autre, et alors il s'en suivait une desquamation de parcelles épidermiques un peu plus étendues et une reproduction un peu plus fréquente. Ce phénomène, commun à tous les herpès squameux, se terminait sur un point pour recommencer bientôt sur un autre.

Cette observation que je pourrais multiplier par celles de quelques paysans robustes, qui n'ont éprouvé, pas plus que leurs ascendants, des accidents scrofuleux ou syphilitiques, ne nous fournit-elle pas des phénomènes pathologiques qui ne peuvent se rattacher qu'aux dartres? N'est-ce pas toujours ce mode de chronicité, de desquamation, de limitation au derme, d'extension, de reptation, qui avait fait dire à Galien : Ἐρπης ἀπὲρ πύου, *serpo, repto* ! et ce caractère a toujours fixé les auteurs depuis le médecin de Pergame jusqu'à Alibert, car Lorry a dit : « *Herpetum igitur qui à serpento dicuntur et apud nos verè et propriè vernaculâ linguâ dartres vocantur, proprius atque essentialis character inest ut cutis continuitatem solvant.....* Plus loin il parle de τῆς ἑρπίδος ἐσθιόμενος et lui applique ces paroles : « *Herpes non semper ulcus est, sed quoties cum ulceratione incedit serpentis bestio ritu, vicina depopulatur et depascitur νόμα.* » (Lorry, *De morbis cutaneis*, articulus, IV, p. 294, 295, in-4°.)

Enfin ce qui assure qu'il s'agit d'une affection dartreuse, c'est qu'on peut se rendre compte de ses complications scrofuleuses et qu'il est impossible de rapporter à la syphilis tous les esthiomènes, puisque nous voyons notre regret-

table ami Huguier, si compétent en syphiliographie, rattacher celui de la vulve aux dartres et le prouvant par l'inaction du traitement spécifique ; puisque nous le rencontrons sur des personnes entachées d'ancienne cachexie ; que MM. Cazenave et Schedel disent aussi : « Il est constant que dans un très-grand nombre de cas, il (l'esthiomène) se manifeste chez les personnes dans la force de l'âge, robustes et qui ont toujours joui d'une excellente santé. » (*Abrégé pratique des maladies de la peau*, p. 473, édit. 1847.) M. Lebert dit encore très-expressément dans son traité de la maladie scrofuleuse : « Nous avons cependant observé plusieurs cas de lupus dans lesquels un examen attentif n'a nullement fait découvrir une prédisposition scrofuleuse » (p. 213). J'ai vu quelques sujets atteints de l'esthiomène succomber à la phthisie. C'est sur eux que j'ai fait particulièrement mes recherches anatomo-pathologiques, et cependant je n'y ai pas constaté de phénomènes différents que ceux que j'ai signalés et rattachés aux dartres. Je n'y ai donc vu qu'une dartre rongeannte survenue chez des phthisiques et non pas un esthiomène phthisique devant être classé dans les tuberculoses.

D'ailleurs n'invoque-t-on pas toujours cet axiome : *Naturam morborum ostendit curatio* ? Et, dès lors, peut-on guérir tous les esthiomènes avec les anti-scrofuleux ou les anti-syphilitiques ? Dans ce cas nous n'aurions pas préconisé le styrax et notre honorable confrère M. Payan d'Aix n'aurait pas obtenu de telles guérisons avec notre traitement, comme il en avait produit dans le journal des connaissances médico-chirurgicales. N'y a-t-il pas donc une analogie de nature entre l'esthiomène et les autres dartres, puisque toutes sont heureusement traitées par les résineux ? Or, c'est à la même époque, qu'avec mon excellent condisciple et bon ami Girou de Buzareingues nous instituons aussi le traitement au goudron dans le service d'Alibert, trai-

tement depuis particulièrement adopté par M. Émery et généralement utilisé par presque tous les dermatologistes qui se sont succédé à l'hôpital Saint-Louis. (*Voyez nos divers travaux dans le Bulletin de thérapeutique* : t. V, 1833 ; t. XXV, 1843 ; t. XXXVII, 1847 ; t. XLII, 1852.)

Ce n'est pas pareillement par des traitements intérieurs iodurés ou mercuriels que l'on préparera la guérison de tous les esthiomènes, mais plutôt par un traitement arsénical et surtout par un régime alimentaire profondément modificateur, souvent des diètes exclusives et des éliminations répétées par des évacuations intestinales, rénales ou cutanées successives, renouvelées et persistantes, comme je l'ai établi, en 1847, dans mon dogmatisme pratique des maladies dartreuses, et, en 1853, par des traitements thermo-minéraux, comme je l'ai indiqué dans mon hydrothérapie générale. C'est par ces moyens et par aucun autre que s'opèrent les véritables dépurations au moyen des modifications moléculaires de la nutrition où retentissent particulièrement les effets critiques des sécrétions, *chargées d'ailleurs*, comme le disait Borden, *de la matière des excrétions qui s'étaient opérées*. Or, M. Hardy en 1871 se range tout à fait à notre manière de voir, puisque au sujet du traitement de l'eczéma, qui, pour lui, représente toutes les dartres, il s'exprime ainsi : « Le moyen dérivatif par excellence consiste dans l'administration de purgatifs répétés qui établissent un balancement favorable entre la sécrétion cutanée pathologique et la sécrétion intestinale... Suivant l'intensité de l'inflammation cutanée, suivant l'abondance de la sécrétion, ces purgatifs sont administrés tous les jours ou deux fois par semaine, et l'on doit les éloigner à mesure que diminuent les phénomènes que l'on veut combattre. Au lieu d'avoir recours à la médication purgative, on peut chercher à exciter la sécrétion urinaire. » (*Dict. cité*, art. ECZÉMA, t. XII, p. 411.)

L'esthiomène développé sur une constitution scrofuleuse ne saurait être douteux, et voici deux nuances que me fournissent deux cas que j'avais peints et que j'ai sous les yeux en les décrivant. C'étaient des malades du pavillon Gabrielle: l'une montre une face énorme, bouffie, les joues pendantes, les yeux enchâssés dans des paupières boursoufflées, oedématisées, le nez large et tuméfié, les lèvres grosses, fendillées, peau blanche, cheveux châtains, pas de ganglions engorgés, formes développées, chairs molles, constitution enfin représentant la scrofule sporadique si bien décrite par Alibert; l'autre malade, chétive, maigre, brune, n'a pas ces bouffissures, mais une énorme glande cervicale indurée, rentre exactement dans l'espèce de scrofule endémique où la nutrition fait défaut.

Chez l'une et l'autre malade, il y avait une ulcération qui avait rongé une aile du nez et chez toutes deux les croûtes qu'on observait ne se présentaient pas si régulièrement formées et stratifiées que celles que nous avons décrites. Elles étaient plus confusément organisées; tandis que les squames étaient plus rares et moins distinctes que chez la femme Picard, essentiellement dartreuse. La malade à scrofule sporadique présentait, outre l'ulcération centrale du nez, des plaques isolées, parsemées sur les joues, les paupières, les unes boursoufflées, molles, les autres un peu plus dures (tubercules), la plupart surmontées, non pas de squames comme dans l'esthiomène purement dartreux, mais des croûtes en grumeaux assez petits, les unes jaunâtres, grisâtres, rougeâtres, translucides, cristallines, suivant qu'il s'y mêlait plus de matière albumineuse et quelques globules sanguins. Chez la fille chétive, maigre, l'induration se bornait à l'épaisseur du derme, sans presque dépasser son niveau, pendant que la désagrégation moléculaire s'effectuait au centre sur l'aile du nez. Cette partie hyperplasiée, autour de l'ulcération était d'un brun rou-

geâtre et se recouvrait de quelques écailles qui se renouvelaient d'autant moins souvent que l'infiltration des tissus était moins considérable. Constraste frappant avec l'autre esthiomène, dont les plaques molles, boursoufflées, infiltrées, laissaient transsuder des liquides concrescibles. Phénomènes pathologiques communs aux dartres qui sécrètent d'autant plus que l'infiltration cutanée est plus manifeste, ce qui constitue cette grande distinction des dartres sécrétantes et des dartres sèches. Variétés dartreuses qui ne tiennent, comme ici, qu'à la différence de constitution, ainsi que je l'ai prouvé ailleurs. Je dois signaler encore la différence de coloration de ces plaques ; chez l'une rouge carmin, chez l'autre brun rougeâtre, ce qui tient tout simplement à la différence de la peau blanche de l'une et brune de l'autre.

Cette particularité si constante, sur laquelle j'ai toujours insisté, m'a montré l'inanité de ces colorations cuivrées que l'école de Bielt a appliquées aux affections syphilitiques ; car malgré une certaine familiarité que je crois avoir avec les couleurs, il m'a paru impossible d'asseoir un diagnostic sur un caractère vraiment insaisissable, sur une couleur qui n'en est pas une ; car le cuivre ne doit la particularité de la sienne qu'à des reflets qu'il n'est pas possible de définir et de fixer, témoins les tableaux flamands, où l'on voit le mieux représentés les ustensiles de cuisine de ce métal. Ce caractère est d'ailleurs si peu constant que notre savant ami Huguier, dans son mémoire déjà cité, s'exprime ainsi : « Les tubercules syphilitiques, à l'état tuberculeux, sans ulcération, sont plus saillants, plus arrondis, plus unis à leur surface que ceux de l'esthiomène, souvent même d'une teinte cuivrée, terreuse ou café au lait » (p. 35). Certes, de la teinte cuivrée à la terreuse, sans compter celle du café au lait, il y a toutes les nuances de la palette de

Rubens et du pot du barbouilleur de fenêtres ; allez donc asseoir un diagnostic sur cet océan de couleurs.

Nous voici donc arrivés à l'esthiomène syphilitique, et ce qui précède pose déjà la question : Existe-t-il un esthiomène syphilitique ? Non, cent fois non ! à moins qu'on entende par là la possibilité d'une dartre rongeante développée après une imprégnation véroleuse ou sur une diathèse acquise et latente, mais on est encore à en montrer des exemples positifs, car la marche de ces affections est si différente que si les deux états pathologiques se rencontraient, la syphilis, plus active, plus rapide, plus accentuée, modifierait tellement la dartreuse qu'elle la dominerait et en effacerait tous les caractères propres. L'esthiomène pourrait-il être le produit d'une disposition héréditaire donnant à la fois la diathèse dartreuse et le vice syphilitique pour constituer ainsi un mulet pathologique ? C'est encore à prouver ! Et quoique les nuances des maladies par suite d'hérédité puissent être infinies, l'observation attesterait ici déjà, qu'en pareil cas, le vice syphilitique se montrerait dès la naissance et emporterait l'enfant, ou bien il se serait effacé lorsque, à l'âge plus avancé, la prédisposition dartreuse parviendrait à se faire jour.

C'est ainsi que les prétendus esthiomènes syphilitiques que j'ai vus n'ont été que le fait d'une erreur de diagnostic et celui de cette élasticité du mot *lupus* qu'on applique à toutes les ulcérations de la face. Mais pour un véritable nosologiste qui ne confond ni l'altération anatomique, ni la marche, ni le traitement des affections, le siège n'est pour rien et il n'y voit que des ulcérations syphilitiques pouvant prendre différentes formes, mais jamais identiques ni même analogues avec celui de la dartre rongeante survenue même sur une constitution scrofuleuse.

C'est ainsi que j'ai pu voir un déplorable diagnostic amener la plus fâcheuse catastrophe. Pendant qu'on traitait de

lupus une affection qui gangrénait la face, qui aurait emporté le nez, la lèvre d'un malheureux jeune homme, je ne pus persuader qu'il s'agissait d'une *syphilis exulcerans excavata*. Mais quinze jours après, l'infortuné père m'écrivait : « Vous aviez raison, le palais entier lui est tombé. » Cependant tous ces phénomènes s'effectuaient dans l'espace de quelques mois, sans tubercules, sans squames. Était-ce là un esthiomène ? Donc le mot ridicule et élastique de lupus en était le coupable et fut la cause de la mort d'un intéressant jeune homme. En effet, dénommée dès le début par son nom véritable, qui en aurait exprimé la nature, cette affection eût pu guérir, comme va le prouver l'exemple ci-dessous.

De même que M. Bazin, j'ai constaté que les ulcérations syphilitiques qui viennent à la face débutent souvent par la muqueuse pituitaire. Elles affectionnent même les arrières fosses nasales pour se manifester sur le limbe du voile du palais, sur les piliers et les amygdales. Quelquefois cette altération s'effectue dans les os même et l'on est étonné de voir, presque à l'insu du malade et tout à coup, une perforation du palais, comme j'en ai vu dernièrement deux exemples. Enfin, dans des ulcères syphilitiques, pareillement dans l'esthiomène chez certains sujets, il survient des poussées inflammatoires. Mais ces sortes d'érysipèles chez les esthioméniques se terminent toujours par résolution en laissant seulement un surcroît d'induration sur les plaques primitives; tandis que les poussées inflammatoires de la syphilis se gangrènent ou tombent en putrilage pour laisser à découvert une ulcération plus ou moins vaste, plus ou moins profonde.

Plusieurs de mes condisciples ont pu voir en 1832, au pavillon Gabrielle, une femme d'un aspect effrayant. Sa figure était une vaste ulcération ayant détruit toutes les chairs jusqu'au périoste. Elle n'avait plus de nez,

plus de paupières, plus de lèvres. Les globes des yeux roulaient dans leurs orbites sans voiles protecteurs. Les narines étaient largement ouvertes, les arcades dentaires et les gencives à nu. Enfin c'était une tête de mort avec de grands yeux ronds mobiles. Malgré ce masque affreux, ni Alibert, ni personne ne vit là un esthiomène. Ce fut pour tous une ulcération syphilitique, qui d'ailleurs guérit si bien, qu'on nous avait assuré que cette femme avait fait un enfant deux ans après.

Sans doute il y a encore des syphilides crustacées qui siègent au visage, mais elles ne doivent pas davantage être confondues avec la dartre rongeante sous le nom de lupus. Outre la différence dans la couleur, le mode de leurs croûtes que nous avons signalé, celle de leurs ulcérations, de leurs marches, les distinguent suffisamment ; c'est dans ces variétés que l'on rencontre ces *coronæ Veneris* des écrivains du moyen âge, et c'est à leur sujet qu'Alibert s'exprime ainsi dans son style imagé : « Le front des malades en est souvent hérissé. Les croûtes qui les recouvrent, prodigieusement épaisses et sillonnées à leurs surfaces, s'élèvent en mamelons, en cônes, en pyramides, imprimant ainsi l'aspect le plus hideux aux traits de la face. Il y a des croûtes qui ressemblent à des cristallisations ; le front vu en masse offre comme des crénaux de murailles. Ces croûtes sont tantôt horizontalement, tantôt obliquement. Lorsque ce masque horrible vient à se détacher, on ne voit plus que des ulcérations qui mettent à nu les papilles nerveuses. » (*Ouv. cit.*, t. II, p. 372.) Rien de pareil dans l'esthiomène.

En deux mots : Lorsqu'il s'agit de syphilis pouvant simuler l'esthiomène, ou elle est crustacée ou elle est ulcéreuse. Si elle est crustacée, la croûte est pour ainsi dire la première manifestation ; elle est le résultat de la sécrétion du corps muqueux de la peau ; elle s'agrandit successivement en surface et non en profondeur pour constituer

ainsi des lamelles superposées, d'autant plus larges qu'elles sont plus inférieures. Seulement elles recouvrent à peu près en entier la partie phlegmasiée, qui n'est jamais ni indurée, ni turgescence, ni profondément excavée, comme le remarque M. Bazin, mais qui seulement met à nu les papilles nerveuses, dit Alibert. Si, au contraire, il y a ulcération; celle-ci est creusée (*excavatu*), à bords coupés à pic, rouge, parfois cuivrée si l'on veut, mais souvent grisâtre, putrilagineuse, bourgeonnant sur certains points qui se recouvrent de pus, comme j'en ai vu maints exemples et ainsi que le représente la figure d'une femme que j'ai sous les yeux et que je peignis à Paris, au pavillon Gabrielle, en 1831.

Le véritable esthiomène n'a donc rien de commun avec tout cela et est essentiellement dartreux. Seulement il reste au praticien, ici comme toujours, à distinguer la constitution sur laquelle il a pu se greffer. Tout doit être pris en considération : la ténacité de l'affection, les effets du traitement. Tandis que la médication générale agit bien et quelquefois rapidement sur une affection syphilitique, elle n'a qu'une action insensible sur la dartre.

C'est ainsi que je ne saurais regarder comme guéri, ni même comme un esthiomène syphilitique, le cas que M. Cazenave produit dans les *Annales des maladies de la peau* (t. I, p. 50), tandis que celui du Dr Heylen d'Hérentals, auquel il a donné le titre de *lupus vorax*, n'est qu'un ulcère syphilitique. « Cet ulcère, qui occupait toute la lèvre supérieure, dont le fond était inégal, ses chairs blafardes, présentant des échancrures très-marquées, avec une sécrétion de pus grisâtre, sanieux... considérablement amélioré et les bords affaissés dans huit jours de traitement par l'iodure de potassium (*ibid.*, t. II, p. 288), n'est certainement pas un herpès esthiomène.

Le véritable esthiomène, nous l'avons dit, ne suppure

pas et c'est même la suppuration, qu'il s'agit de provoquer et d'obtenir pour arriver à la cicatrisation, qui fournit l'indication thérapeutique capitale; car un ulcère ne se cicatrise jamais s'il ne bourgeonne, tandis qu'il ne bourgeonne que lorsqu'il suppure. C'est en partant de ce fait à la fois pathologique et physiologique que j'instituai le traitement topique de l'esthiomène ulcéré par le styrax, que j'ai animé depuis, quelquefois, avec la teinture d'aloès, de cantharides ou quelques gouttes de créosote. Cet onguent, que j'étends ensuite sur des plumasseaux de charpie, provoque plus ou moins vite la suppuration. Alors non-seulement la désagrégation des tissus indurés cesse, mais, au contraire, ils bourgeonnent; l'ulcère creux se comble et finit par se cicatriser après un temps toujours fort long. Cette cicatrice n'est pas d'abord très-solide, et pour l'obtenir elle exige des cautérisations légères au nitrate d'argent et tout le temps du traitement topique des lavages avec des décoctions aromatiques, alcoolisées ou avec de l'eau phéniquée.

Enfin, lorsque la cicatrisation s'est faite, que la cuticule s'est formée, elle tend souvent à se rompre, et pour la fortifier, je cesse tout lavage, l'application même de tout corps gras qui la ramollirait et l'éloignerait du contact de l'air. Je me borne à la saupoudrer avec un mélange de silicate de magnésie et de tannin, et j'ai utilisé quelquefois en cette circonstance le procédé de M. le prof. Bouisson, en injectant sur la cicatrice, plusieurs fois par jour, de l'air au moyen d'un soufflet.

Une telle thérapeutique indique que je repousse tout caustique, parce qu'ils agissent dans le sens de l'action pathologique, c'est-à-dire de la désagrégation moléculaire. Je n'use que des atrophiants dans le cas de tubercules, de plaques indurées, *esthiomenos repens*, en pensant ce genre d'altérations hyperplasiques avec des pommades

iodurées, mercurielles, ou en les badigeonnant avec la solution iodurée concentrée de Lugol.

Quant au traitement intérieur, j'ai usé de l'arsenic sans pouvoir y reconnaître une action bien manifeste. Faudrait-il lui préférer le phosphore que quelques Anglais veulent encore introduire aujourd'hui dans la thérapeutique des affections dartreuses ? Je l'ai dit dans presque tous mes écrits, je ne crois pas aux spécifiques et je leur préfère un régime alimentaire approprié, souvent exclusif, des purgatifs, des diurétiques, l'usage des eaux minérales, de l'hydrothérapie, de la gymnastique, des conditions hygiéniques particulières, dont l'ensemble, la combinaison, l'insistance constituent les meilleurs dépuratifs, les plus réels modificateurs, soit par les excrétions qui s'en suivent, soit par les assimilations plus parfaites qui se forment. Mais je n'y reviendrai pas, en ayant particulièrement traité dans mon dogmatisme pratique des maladies dartreuses. (*Bulletin général de thérapeut.*, t. XXXVII, 1849.)

II.

RECHERCHES SUR LES ALTÉRATIONS DE LA SENSIBILITÉ DANS LES AFFECTIONS DE LA PEAU, par le Dr H. RENDU, interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris.

(Suite.)

OBSERVATION XXIV. — *Néuralgie intercostale datant de trois mois. — Zona fort intense : analgésie et hyperesthésie à la période d'état de l'éruption.*

Lenoir, 48 ans : souffre depuis trois mois de douleurs névralgiques très-intenses du côté gauche, avec irradiations abdominales. Il y a quinze jours, ces douleurs l'exaspèrent au point que de son chef il s'applique un large vésicatoire volant sur la région. Une fois le vésicatoire sec, les douleurs, qui s'étaient un peu apaisées, reprennent avec une nouvelle intensité et un zona apparaît.

Il arrive à la consultation du 15 juin avec une éruption confluyente et très-intense, arrivée à la période de vésiculation. L'examen de la sensibilité montre sur les groupes herpétisés une hyperesthésie et une hyperalgésie considérables, qui empiètent également dans les intervalles de peau saine, ainsi que dans l'espace intercostal supérieur ou inférieur. Mais en même temps on constate de nombreux points où la sensibilité est manifestement diminuée, et cela dans des régions mal limitées, sans que ces points suivent le trajet spécial d'aucune fibre nerveuse. Ils sont parfois immédiatement contigus au point où la sensibilité est la plus vive, et

sur les plaques d'herpès même, à côté des zones où le contact de l'aiguille peut à peine être supporté, on peut traverser presque complètement la peau sans provoquer de douleur notable.

La sensibilité à la température est également fort émue. Enfin, le malade se plaint de sensations de brûlure et de cuisson au niveau des plaques, preuve qu'il y a simultanément perversion de la sensibilité.

Le malade n'est pas entré à l'hôpital.

OBSERVATION XXV. — *Zona intense : coexistence de points analgésiques et hyperesthésiques.*

X....., 45 ans, n° 27 salle Saint-Charles (service de M. Guibout).

Examiné le quatrième jour d'un zona excessivement intense, occupant la région dorsale supérieure, les trois premiers espaces interosseux jusqu'au sternum, avec prolongement sur la région postéro-interne du bras droit correspondant.

Sur les plaques hyperémiées la sensibilité au contact et à la douleur est très-exaltée : au contraire la température est moins réellement perçue que sur les parties saines. L'hyperesthésie empiète sur un zona assez étendu autour de la région de l'éruption. Mais au milieu de ces points enflammés, il y en a d'autres où la sensibilité douloureuse est beaucoup diminuée et presque abolie, sans que la distribution de ces points analgésiques corresponde à aucun trajet nerveux spécial.

OBSERVATION XXVI. — *Néuralgie et tic douloureux du sterno mastoïdien depuis plusieurs mois ; zona du plexus*

cervical très-intense. Anesthésie et analgésie disséminées au milieu des points hyperesthésiques.

X..., 35 ans, infirmier à l'hôpital Saint-Louis. Depuis près de six mois, cet homme était tourmenté de douleurs lancinantes sous forme d'hémicranie : il ne pouvait se coucher du côté droit sans réveiller ces douleurs et en même temps il était pris de crampes du sterno-mastoïdien. A certains jours, ces crampes devenaient de la contracture et amenaient des torticolis.

Il y a huit jours, les douleurs augmentèrent de violence et prirent le type névralgique avec exacerbation vespérale : elles s'accompagnaient d'élançements excessifs vers l'oreille droite, dans le cou et sur l'épaule ; il s'y joignait des fourmillements et de l'engourdissement jusque dans la main droite.

Quatre jours après, apparition sur le côté droit du cou de rougeurs disséminées, et développement, en quarante-huit heures, d'un zona fort intense.

Le malade est examiné pour la première fois le 21 juillet, au quatrième jour de son zona.

L'éruption occupe une circonscription caractéristique. Les groupes d'herpès sont très-confluents sur le moignon de l'épaule et au-dessous de la clavicule, dans les points qui correspondent aux filets nerveux sus-claviculaires et sus-acromiaux. Ils sont beaucoup plus discrets à la nuque, du côté du rachis, où l'on voit se disséminer cependant quatre ou cinq flots du même genre, au voisinage des dernières vertèbres cervicales.

Deux groupes de vésicules se voient transversalement, dans la direction de la branche cervicale transverse ; ils arrivent antérieurement jusqu'à la ligne médiane sans la dépasser. Quant aux branches supérieures, mastoïdienne

et auriculaire, elles ne portent point de groupes vésiculeux le long de leur trajet ;

En revanche, à la face interne du bras, le long de l'aisselle, jusqu'au tiers supérieur du bras, laissent une traînée de vésicules.

Il est fort remarquable que les foyers douloureux ne soient point en rapport avec la circonscription des îlots herpétiques. Aussi, les plus violents élancements se font sentir au niveau des branches supérieures du plexus, qui ne correspondent point à des groupes vésiculeux : au contraire, le moignon de l'épaule et le creux sous-claviculaire sont relativement indolents. En revanche, les élancements intermittents et les fourmillements persistent du côté du bras droit jusqu'aux doigts de la main.

La sensibilité est fort inégalement répartie. Il y a quelques points douloureux au niveau des groupes sus-acromiaux, mais la peau est peu hyperesthésiée : elle l'est bien davantage au voisinage de l'oreille. Sur d'autres endroits, par contre, aussi bien dans l'intervalle qu'au niveau des plaques, la sensibilité est évidemment émoussée, et l'on peut piquer la peau sans provoquer de douleur. Les injections hypodermiques à ce niveau sont à peine perçues par le malade.

24 juillet. On constate de nouveau l'insensibilité de la piqure au niveau du bord antérieur du trapèze ; au contraire, il existe des foyers très-douloureux à l'angle de l'omoplate, derrière l'oreille et à la partie interne du bras, où l'on ne voit pas de vésicules. Celles-ci sont en pleine période d'état, beaucoup sont hémorrhagiques.

26 juillet. Une partie des vésicules se sont rompues, laissant des ulcérations sanguinolentes au-dessous d'elles. Les douleurs sont toujours très-intenses, irradiées à la moitié droite de la tête. Au niveau des ulcérations, la sensibilité est très-vive ; cependant il existe encore des

points insensibles dont on profite pour faire pénétrer l'injection hypodermique.

Le 30 juillet. La plupart des vésicules sont en pleine dessiccation, les douleurs sont un peu moins vives : il reste des foyers douloureux sur l'omoplate, derrière l'oreille et au voisinage du mamelon.

Le 6 août. Les vésicules sont toutes cicatrisées, mais les douleurs ne sont pas encore éteintes.

Dans le courant de l'année 1873 et au commencement de 1874, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de revoir ce malade. Les douleurs ont disparu complètement vers la fin du mois de septembre, mais l'analgésie et l'anesthésie locales ont persisté. Actuellement encore, sur certaines régions du cou, la piqure d'une aiguille ne provoque aucune douleur.

OBSERVATION XXVII. — *Zona du bras droit dans la direction du nerf médian. Douleurs au côté externe du bras et de l'avant-bras. Analgésie dans les mêmes points.* (Recueillie par M. Danlos.)

Un jeune homme de vingt ans entre dans le service de M. Lailler pour s'y faire traiter d'un zona du bras droit. Ce zona date de trois jours ou du moins l'éruption elle-même, car l'apparition des vésicules herpétiques à la surface de la peau a été précédée pendant deux jours environ par des phénomènes douloureux et des élancements. Ceux-ci se faisaient sentir sur le côté *externe* du bras depuis l'insertion inférieure du deltoïde jusque vers la main. Pas de douleur au côté interne, et néanmoins c'est de ce côté, sur le trajet du nerf médian, que s'est développé le zona. Les groupes herpétiques suivaient assez régulièrement la distribution nerveuse. Les plus inférieurs étaient mal développés et occupaient l'éminence thénar ; les plus élevés, le

voisinage du creux de l'aisselle. On voyait encore, notamment sur la face externe du deltoïde et dans le dos, quelques plaques vésiculeuses qu'il était impossible de rapporter avec certitude à aucune branche nerveuse connue. La sensibilité explorée lors de l'entrée du malade à l'hôpital nous a fourni des résultats curieux. D'abord sur le côté externe du bras, dans les points où le malade éprouvait des élancements douloureux et où *il n'y avait pas d'éruption*, la sensibilité au contact était conservée, mais il y avait une analgésie presque complète : on pouvait, avec des épingles, percer la peau dans toute son épaisseur sans provoquer la moindre douleur. Cette analgésie s'étendait, plus ou moins complète, à tout le bord externe du bras et de l'avant-bras. Elle avait son maximum sur la région externe de l'avant-bras, et c'est dans ce point qu'elle a persisté le plus longtemps. L'exploration de la sensibilité thermique n'a pas donné de résultats bien nets.

En explorant les points symétriques du bras gauche, il nous a semblé qu'il y avait au contraire un certain degré d'hyperesthésie.

Au côté interne du bras droit, *sur le trajet du zona*, pas de douleur au moment de l'entrée à l'hôpital ni auparavant; pas de phénomène d'anesthésie, la piqure de l'épingle était partout douloureuse, particulièrement au niveau des plaques. Deux jours après les douleurs spontanées s'y sont montrées, et en même temps elles ont diminué à la région externe. Simultanément, dans cette dernière, la zone analgésique s'est peu à peu réduite, et au bout de cinq à six jours, après ce changement, l'analgésie ne se rencontrait plus que sur la région externe de l'avant-bras dans l'étendue d'une pièce de 20 sous. Au côté interne, du côté du bras vers lequel s'étaient portées les douleurs, l'apparition de celles-ci ne s'est accompagnée d'aucun phénomène analgésique.

Quand le malade est sorti de l'hôpital, environ quinze jours après son entrée, le mal était entièrement guéri. Toute trace d'anesthésie et de douleur avait disparu, il ne restait plus que les maculatures caractéristiques de l'éruption.

En résumé, dans le zona, il existe constamment des troubles de la sensibilité, qui affectent une allure toute particulière. Aucune autre affection de la peau, si ce n'est peut-être le pemphigus (que nous verrons offrir plus d'une affinité avec le zona), ne présente un pareil mélange d'anesthésie et d'hyperesthésie, se montrant simultanément sur les points où l'éruption est le plus intense. Il y a là, en effet, un double phénomène : d'une part, l'inflammation de la peau, qui se traduit par l'hyperalgésie et l'hyperesthésie ; d'autre part la névrite, qui a pour conséquence, pour certains filets nerveux, l'augmentation de leur sensibilité ; pour d'autres, l'abolition temporaire de la faculté de sentir. Cette *anesthésie douloureuse*, comme on l'a appelée, n'est pas d'ailleurs un phénomène spécial au zona, mais se rencontre dans presque toutes les névralgies. M. Hubert Valleroux en a démontré la fréquence dans la névralgie sciatique. Elle a été signalée dans la névralgie faciale : j'ai eu plusieurs fois l'occasion de vérifier l'exactitude clinique de ces observations pour le zona en particulier. C'est donc là le résultat, non point de l'éruption cutanée en elle-même, mais bien de la névralgie, dont cette éruption n'est qu'un épiphénomène. On sait maintenant, grâce à M. Charcot, que les manifestations cutanées et névralgiques, comme celles qui se rencontrent dans le cours des affections des centres nerveux, rentrent dans la catégorie des troubles dits trophiques.

La recherche des altérations de la sensibilité dans le zona vient encore apporter une nouvelle preuve indirecte à l'appui de cette théorie, qui d'ailleurs est maintenant

acceptée comme fait clinique, et n'est plus discutée que sur des interprétations de détail.

VI. — TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ LIÉS AUX ÉRUPTIONS
SYPHILITQUES ET SCROFULEUSES.

J'ai laissé de côté, dans les pages précédentes, l'innombrable série des syphilides et des scrofulides, parce qu'elles présentent entre elles des affinités nombreuses, et qu'elles diffèrent absolument, pour leur marche et pour leur nature, des éruptions que j'ai passées jusqu'ici en revue.

Le caractère général de ces dernières, en effet, est, d'une part, la superficialité de la lésion cutanée; d'autre part, la constance et la fixité de son expression sympathique. — Un eczéma, un psoriasis laissent la peau à peu près intacte ou tout au moins ne la modifient que dans les couches les plus superficielles. Ici, nous sommes en présence de manifestations certaines, communes par leur origine, mais multiples dans leurs allures, devenant d'autant plus profondes qu'elles se circonscrivent davantage et aboutissent, en fin de compte, à des ulcérations dont les traces sont indélébiles. Moins régulière que la syphilis, la scrofule n'obéit pas moins à cette sorte de loi générale, qui fait que l'éruption cutanée gagne en profondeur et en gravité ce qu'elle perd en étendue.

Il ne peut venir à l'esprit de passer successivement en revue toutes les manifestations cutanées de ces deux maladies constitutionnelles, la scrofule et la syphilis. Une telle énumération, outre qu'elle serait longue et fastidieuse, ne servirait qu'à introduire de la confusion dans l'esprit, et n'aboutirait à aucune conclusion possible. Il est en effet évident que nombre de ces éruptions, surtout pour la scrofule, ne sont pas spéciales à cette maladie et rentrent dans la catégorie des affections communes. Une scrofulide

exsudative superficielle, par exemple, n'est en définitive qu'un eczéma ou un impetigo développé sur un terrain strumeux et lui empruntant quelques caractères spéciaux, tels que le suintement, l'indolence, le retentissement ganglionnaire, qui donnent la note de son origine. Voilà donc une série d'éruptions qu'il faut éliminer, car elles n'appartiennent qu'indirectement à la scrofule.

Aussi je crois que le véritable caractère de cette maladie, comme de la syphilis, étant la tendance à l'ulcération, les types d'affection cutanée qu'il importe le plus d'étudier sont le lupus d'une part, la syphilide pustulo et tuberculo-crustacée ulcéreuse de l'autre.

Ce sont eux presque exclusivement que j'aurai en vue dans les pages qui vont suivre, mais je voudrais dire un mot auparavant des manifestations cutanées superficielles de la syphilis, et de la façon dont se compose la sensibilité cutanée dans le cours de leur évolution.

A part les plaques muqueuses de la peau qui, grâce à leur épaisseur et à la croûte épidermique dont elles sont recouvertes, sont généralement un peu moins sensibles que le reste de la surface cutanée; les autres syphilides superficielles, érythémateuses et papuleuses, laissent absolument intacte la sensibilité périphérique. Ce résultat est en désaccord avec les faits publiés par M. Fournier sur l'anesthésie et l'analgésie syphilitiques, aussi dois-je préciser davantage. Je ne conteste nullement que l'on ne rencontre des femmes syphilitiques dont la peau est peu sensible et même complètement anesthésique. J'ai eu, dans le courant de l'année, l'occasion de vérifier ce fait plusieurs fois; chez une fille, notamment, atteinte de roséole et de fièvre syphilitique intense; l'on pouvait impunément enfoncer une épingle dans toute sa longueur à travers la peau, sans provoquer la moindre douleur. Mais ces femmes étaient des hystériques; et si j'accorde volontiers que la syphilis,

dans ce cas, a pu fournir la cause occasionnelle d'accidents latents jusque là, je suis beaucoup plus disposé à les rattacher, comme origine première, au tempérament nerveux de ces femmes. En un mot, je ne crois pas que la syphilis puisse par elle-même donner lieu à des troubles de la sensibilité, surtout aussi fréquents et aussi prononcés que le dit M. Fournier. S'il existait véritablement une analgésie et une anesthésie syphilitiques, elles devraient atteindre les hommes aussi bien que les femmes. Or, ni M. Mauriac, ni M. Simonnet ne l'ont signalée à l'hôpital du Midi : je l'ai, de mon côté, constamment cherchée sur les malades de la salle Saint-Léon, sans jamais la rencontrer. Or, il serait bien étrange qu'une maladie qui se compose dans les deux sexes, au point de vue de ses manifestations cutanées, d'une manière si complètement parallèle, offrît une exception aussi singulière quand il s'agit d'une fonction comme la sensibilité générale. D'ailleurs, M. Fournier dit lui-même que la syphilis chez la femme se caractérise par des troubles fonctionnels et nerveux beaucoup plus prononcés que chez l'homme, grâce à l'impressionnabilité naturelle de son tempérament. N'est-ce pas reconnaître implicitement que la syphilis joue ici un rôle pour ainsi dire effacé, et qu'elle éveille seulement la prédisposition aux accidents nerveux, au même titre que toute autre affection débilitante ?

Je passe aux manifestations profondes de la scrofule et de la syphilis, qui sont pour ainsi dire pathognomoniques, et qui portent avec elles le cachet de leur origine. Or, s'il est une supposition qui paraît légitime, en face de ces ulcérations envahissantes, de ce tissu nouveau qui infiltre le derme et finit par le détruire, c'est bien certainement l'idée qu'à des affections de ce genre doivent correspondre des troubles profonds et durables de la sensibilité. Eh bien, l'observation donne précisément un résultat absolument inverse. Non seulement les divers modes de sensibilité ne

sont pas détruits, mais ils sont à peine altérés, et l'on est fort surpris de voir qu'il n'existe jamais autre chose que des modifications tout à fait insignifiantes (1). Abstraction faite des croûtes, qui sont évidemment un obstacle mécanique à la transmission des impressions tactiles, on ne remarque ni au centre, ni à la périphérie des syphilides de cette nature aucune différence avec les parties saines avoisinantes. Quelquefois, au centre des plaques, ou bien au niveau même de l'ulcération, la sensibilité à la douleur est un peu plus vive, mais c'est alors le fait de l'amincissement de l'épiderme ou du contact immédiat de l'aiguille avec les papilles ou le derme ulcéré : et dans ce dernier cas, il est remarquable de voir combien la douleur provoquée est moins vive que dans les circonstances analogues, après la dénudation d'un vésicatoire, par exemple. Même quand l'ulcération est guérie et qu'il reste ce tissu cicatriciel déprimé blanchâtre, entouré d'un zona de pigmentation si caractéristique, la sensibilité est beaucoup moins troublée qu'on ne pourrait le croire : c'est à peine s'il y a un peu d'obtusion de la sensibilité tactile, à coup sûr beaucoup moins qu'au niveau des taches cicatricielles consécutives au zona.

Les mêmes remarques sont applicables aux différentes variétés de lupus tuberculeux. Cette affection si tenace, qui dure des années, en étendant successivement sa circonscription, envahit toute l'épaisseur de la peau et du derme sans l'intéresser d'une façon appréciable dans ses

(1) Je ne parle pas des manifestations osseuses et des périostoses, qui sont extrêmement douloureuses, et au niveau desquelles la peau présente souvent de l'hyperesthésie. C'est ainsi que chez une bonne partie des malades affectés de céphalées nocturnes, qui correspondent à des périostoses limitées des os du crâne facilement appréciables, le cuir chevelu est extrêmement sensible, au point que les malades ne peuvent passer un peigne dans les cheveux sans douleur.

fonctions sensibles. Je ne parle, bien entendu, que du lupus à la période d'état ; car lorsqu'il a passé par ses phases régulières et qu'il ne reste plus à sa place qu'un tissu central cicatriciel, il est assez habituel de trouver sur la cicatrice le sens tactile plus ou moins émoussé, tandis que sur la bordure périphérique il est intact. Mais il ne faudrait pas croire pour cela que la portion centrale des lupus prénote toujours de l'anesthésie et de l'analgesie : loin de là, il n'est pas rare de rencontrer des malades de ce genre, chez lesquels des cicatrices sont aussi sensibles que les parties saines avoisinantes ; j'ai cru remarquer que cela se voyait surtout lorsque la cicatrice affectait la forme exubérante et l'aspect de la chéloïde (1).

Ainsi, indolence complète dans les symptômes fonctionnels, et intégrité presque absolue de la sensibilité cutanée, tels sont les deux caractères principaux que présente le lupus. Je dois dire pourtant que les impressions de température m'ont paru en général moins bien appréciées au niveau de la surface malade ; quant à la sensibilité à la douleur, elle en peut être aussi quelquefois diminuée, si l'on en juge par ce qui se passe lorsque l'on cautérise la partie malade et la peau immédiatement avoisinante avec de la teinture d'iode ou du nitrate acide de mercure. Dans ces cas, la douleur est ordinairement moins vive sur la plaque tuberculeuse. Le sens du tact est le moins altéré, et je n'ai vu qu'un ou deux malades chez lesquels il paraissait légèrement diminué.

Voici, en quelques mots, le résumé de plusieurs observations de lupus qui montrent combien peu, dans les différentes variétés de cette affection, la sensibilité générale est modifiée.

(1) Il existe parfois de l'hyperesthésie tactile au niveau des véritables chéloïdes : j'ai vu deux faits de ce genre.

OBSERVATION XXVIII. — *Lupus érythémateux du nez.* —
Intégrité de la sensibilité.

François Lagrange, âgé de 27 ans, porte sur le nez, depuis deux ans et demi, une plaque indurée qui occupe le dos de cet organe et descend jusqu'au niveau des narines. Elle est peu élevée, de couleur rouge sombre, entourée d'un petit bourrelet circonférenciel plus foncé; on distingue les follicules du nez dilatés, mais il n'y a pas d'épaississement hypertrophique du derme, ni d'induration mamelonnée des glandes sébacées. La sensibilité tactile et douloureuse est absolument la même que sur les parties voisines, la sensibilité à la température est un peu émoussée. Du reste, la santé est bonne. Chez ce malade, l'application de pommade au bi-iodure de mercure ioduré, bien qu'animant l'éruption, est peu douloureuse.

OBSERVATION XXIX. — *Lupus tuberculeux non ulcéré, à marche chronique serpigneuse.* — *Intégrité presque complète de la sensibilité.*

Michel Bayer, âgé de 20 ans, porte, depuis douze ans, sur le cou, à l'angle de la mâchoire, une scrofulide tuberculeuse serpigneuse terminée par une bordure à angles arrondis. Ce sont des tubercules plats, indolents, d'un brun cuivré, ne se décolorant pas à la pression, non recouverts de croûtes. La surface centrale est en partie cicatrisée et présente des inégalités comme celles de certaines brûlures. Il n'y pas trace de barbe à ce niveau.

L'examen de la sensibilité fait constater les détails suivants : Sur les bords, il n'y a aucune modification, et les impressions tactiles sont perçues aussi bien que sur les parties saines. Au centre, là où le derme est en partie

résorbé et remplacé par du tissu de cicatrice, il y a un peu moins de sensibilité de contact, mais la douleur est appréciée de la même manière. Le froid et le chaud sont ressentis également assez bien. En somme, ce sont là des altérations insignifiantes.

Le malade reste plusieurs mois dans les salles : il est successivement traité par des applications de teinture d'iode et de pommade au bi-iodure, puis par l'emploi de vésicatoires au niveau de la bordure du lupus. Ces topiques irritants ne sont pas plus douloureux que sur la peau saine.

OBSERVATION XXX. — *Lupus tuberculeux non ulcéré.* —
Légères modifications de la sensibilité.

Jean Colson, bijoutier, âgé de 30 ans, bien portant, présente sur le front une plaque de lupus, datant de deux ans, qui descend sur la paupière supérieure et le sourcil du côté gauche. C'est une surface d'un rouge cuivré, sombre, notablement surélevé, à bords arrondis, irrégulièrement festonnés. La partie centrale n'a encore aucune tendance à l'évolution cicatricielle. Au niveau de la plaque, les sourcils ont disparu.

La sensibilité tactile, sur les points malades, est un peu plus vive que sur la peau saine : l'œsthésiomètre est bien senti à un écartement de 20 millimètres, quand sur la peau saine du voisinage il en faut 24. En revanche, la sensibilité à la douleur est un peu moindre, et les applications de caustiques le font moins souffrir que sur la peau avoisinante. La perception des impressions de température est très-incomplète. Mais, en somme, ce sont là des modifications très-légères, et qu'il faut de l'attention pour découvrir.

VII. — CONCLUSIONS.

Reprenons maintenant les faits énumérés dans les pages précédentes et cherchons à en dégager quelques conclusions cliniques.

Un premier résultat frappe tout d'abord, c'est l'extrême fréquence des altérations de la sensibilité liées aux affections cutanées. Passagères ou permanentes, superficielles ou profondes, presque toutes ces éruptions entraînent des troubles de ce genre, qui doivent, par conséquent, tenir une place importante dans leur symptomatologie.

Ces altérations de la sensibilité sont bien spéciales, et elles s'écartent, d'une façon presque constante, de celles qui caractérisent la dermite franche. C'est là un point sur lequel je ne saurais trop insister, car jusqu'ici l'anatomie pathologique n'a fait découvrir, pour la plupart des dermatoses superficielles, autre chose que des lésions irritatives, affectant spécialement tel ou tel élément de la peau. Le fait d'altération de la sensibilité particulière, et pour ainsi dire spécifique, me semble une preuve que, dans ces affections, il ne s'agit pas simplement d'une certaine forme d'inflammation, mais qu'il y entre également un élément nerveux dont il faut tenir compte.

Les troubles de la sensibilité *ne sont point en rapport avec la profondeur de la lésion cutanée*. Quoi de plus superficiel, comme lésion, qu'un psoriasis, qu'un pityriasis, qu'un eczéma? Et pourtant nous avons vu que dans le psoriasis et le pityriasis quelquefois, dans l'eczéma presque toujours, il y a des perturbations évidentes des diverses sensibilités. Par contre, des affections profondes, qui semblent devoir, en détruisant la peau, supprimer toute perception sensitive, laissent intacte cette propriété : la scrofule et la syphilis sont là pour en fournir la preuve.

Faut-il invoquer l'ancienneté de l'affection cutanée pour expliquer les modifications de la sensibilité ? Les faits démentent encore cette théorie. Si, pour certains cas de lichen consécutif à de l'eczéma chronique, cette cause est évidente, le plus souvent ce n'est là qu'une influence secondaire, et chaque affection cutanée, une fois constituée, porte en elle-même ses modifications de sensibilité spéciales, aussi prononcées dès les premiers jours qu'au bout de plusieurs mois. Que l'on compare, sous ce rapport, un psoriasis invétéré et un zona à la période vésiculeuse : la sensibilité se rapprochera bien plus de la normale dans le psoriasis ; elle sera presque toujours altérée dans le zona.

Si maintenant nous suivons les diverses modalités de la sensibilité dans les modifications qu'elles présentent, nous voyons que d'ordinaire elles subissent des dissociations plus ou moins profondes, dont la loi générale nous échappe. C'est ainsi qu'il est fort rare de voir le tact, la douleur et la température se comporter de la même manière dans une affection de la peau. En général, l'*altération du sens de la température* est celle qui se montre la première et qui persiste le plus longtemps ; il est également à remarquer que c'est toujours une diminution que l'on observe.

Je ne connais aucun cas dans lequel les malades aient vu si exaltée la perception des températures.

Le tact est, après la température, le sens qui s'altère le plus vite. En général, ses variations suivent celles de la température, et, comme pour cette dernière, c'est plutôt l'*anesthésie* qui domine que l'*hyperesthésie*. La plupart des eczémas, des psoriasis, le lichen, rentrent dans cette catégorie. Toutefois, les pseudo-exanthèmes en général, le zona et les éruptions artificielles s'accompagnent plutôt d'*hyperesthésie*.

La douleur, au contraire, s'écarte notablement des modes de sensibilité précédents. D'une façon absolue, elle subit moins de modifications que le tact et la température : aussi en résulte-t-il qu'elle est souvent intacte, là où il existe de l'obtusion de la sensibilité tactile et de la thermo-paralyisie. C'est ce qui a lieu par exemple pour l'eczéma. On peut même rencontrer une hyperalgésie véritable qui contraste avec la diminution évidente des impressions de contact et de température, et j'ai cité plusieurs faits de ce genre. Par contre, l'écart inverse se voit quelquefois, et alors, les sensations de tact et de température étant normales ou peu altérées, c'est une analgésie plus ou moins profonde qui constitue le symptôme dominant. Ce phénomène ne m'est jamais apparu plus net que dans certaines formes de psoriasis circiné et dans la lèpre.

Lorsque la sensibilité tactile est exaltée, il est de règle d'observer également de l'hyperalgésie, et je n'ai jamais vu l'analgésie coïncider avec une hyperesthésie tactile. Au contraire, dans ces circonstances, il est fréquent de rencontrer de la thermo-paralyisie. Le zona, l'érysipèle, la plupart des affections provoquées artificielles fournissent des exemples de ce genre d'association.

En résumé, les divers modes de sensibilité, dans les affections cutanées, se groupent de la façon suivante :

1^{er} groupe. Diminution de la sensibilité tactile et thermique ; sensibilité à la douleur conservée. C'est le cas le plus commun (eczéma, psoriasis, lichen).

2^e. Exaltation de la sensibilité au contact et à la douleur ; sensibilité thermique émoussée : c'est le type de la dermite franche, auquel se rattachent l'érysipèle, l'herpès, quelques érythèmes, une bonne partie des éruptions artificielles.

3^e. Intégrité du sens du tact et de la température, coïn-

aidant avec une analgésie plus ou moins prononcée (quelques formes de psoriasis et de pityriasis, lèpre).

4°. Enfin, dans certains cas, l'hyperesthésie s'associe à l'anesthésie et à l'analgésie, la sensibilité à la température étant intacte ou diminuée. C'est ce que l'on remarque dans le zona, qui forme aussi une catégorie spéciale.

SECONDE PARTIE.

J'ai passé en revue, dans les chapitres précédents, les diverses affections de la peau les plus communes, et j'ai cherché à montrer que quelques-unes d'entre elles s'accompagnent assez souvent des troubles de la sensibilité pour qu'on soit autorisé à voir dans cette relation autre chose que l'effet d'un simple hasard. La partie clinique de mon travail est ainsi terminée ; mais je ne veux pas quitter ce sujet sans l'approfondir davantage et sans chercher à dépasser, autant que possible, la valeur physiologique de ces phénomènes. Je sors donc, à partir d'ici, du domaine des faits pour entrer dans celui des hypothèses ; aussi je ne prétends pas donner les pages qui vont suivre comme l'expression d'une vérité démontrée : c'est plutôt un chapitre d'attente que l'avenir modifiera sans doute, mais qu'il confirmera peut-être par quelques côtés.

Tout ce qui tient de près ou de loin à la sensibilité relève au premier chef du système nerveux, soit central, soit périphérique. La première idée qui se présente à l'esprit, en face de phénomènes de cet ordre, c'est de rechercher dans quelle mesure et par quel mécanisme le système nerveux se trouve en jeu. Pour les affections de la peau, en particulier, ce point de vue est particulièrement intéressant, et la considération des troubles sensitifs peut, ce

semble, apporter quelque lumière dans la pathogénie, si obscure, de la plupart des dermatoses. C'est ce que je vais tâcher de démontrer.

Si un grand nombre d'affections cutanées sont le produit pur et simple de certaines irritations locales, il n'en est plus de même de beaucoup d'autres, qui se développent sans cause appréciable, suivant une évolution déterminée, et obéissent à ces influences mystérieuses qui constituent ce qu'on appelle la diathèse. Celles-là, de tout temps on les a regardées comme l'expression d'un état général, la manifestation extérieure d'une prédisposition de l'organisme. Les partisans de l'idée humorale y voyaient une déviation des humeurs ; depuis, on s'est adressé au système nerveux pour tenter une explication plausible. C'est à M. Casenave surtout que se rattache cette tendance ; il s'exprime à ce sujet fort nettement dans sa *Pathologie générale* des affections de la peau : pour lui, la plupart des éruptions papuleuses sont des manifestations d'origine nerveuse. A son exemple, M. Cannel, se fondant sur l'hérédité de ces affections, sur leur fréquence chez les gens de tempérament nerveux, leur concordance avec les affections douloureuses viscérales, les considère aussi comme de véritables névroses de la peau.

Ce sont là sans doute des arguments, quelques-uns même assez plausibles, mais ils sont évidemment insuffisants pour avoir force de démonstration. L'étude des modifications de la sensibilité conduit, ce me semble, à la même conclusion d'une manière plus rigoureuse et plus scientifique. Effectivement, j'ai déjà montré, à propos de certaines éruptions cutanées, que la sensibilité périphérique est altérée tout différemment de ce qu'on aurait pu prévoir ; qu'à des modifications physiques de la peau qui rappellent, à peu de chose près, celles de l'inflammation simple, correspondent des modifications sensitives tout à fait diffé-

rentes, et qu'il existe par conséquent une dissociation des impressions périphériques, dont le point de départ ne peut être qu'une action nerveuse. Je rappellerai, d'autre part, qu'il n'existe aucune relation nécessaire entre la profondeur, la durée, le siège de la lésion et l'intensité des perturbations fonctionnelles de la sensibilité. Enfin, voici un argument qui, dans l'espèce, me semble avoir une grande valeur : lorsque l'on a affaire à une affection franchement provoquée, artificielle, non développée sur un terrain diathésique, les modifications de sensibilité que l'on constate sont précisément celles qui caractérisent l'inflammation simple de la peau, tandis qu'on ne rencontre pas ces impressions dissociées, si habituelles dans les éruptions diathésiques.

Je n'ignore pas qu'on peut faire des objections à ce mode de raisonnement, et je m'en suis fait le premier. Ces troubles de la sensibilité, en effet, sont toujours superficiels, et, l'affection cutanée disparue, les impressions périphériques sont perçues comme à l'état normal. Qui empêche alors de considérer ces perturbations comme le résultat d'influences purement locales, dues aux lésions de certains éléments du derme ou de la couche de Malpighi, à l'exclusion des autres ; et qu'est-il besoin d'invoquer l'influence directe ou indirecte du système nerveux central, quand l'excitation ou la compression des houpes terminales des nerfs cutanés suffit à expliquer tous les phénomènes ?

C'est là incontestablement une argumentation plausible, et le jour où l'on connaîtra exactement l'anatomie normale et pathologique de la peau, ce sera peut-être la seule explication admissible. Dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne pouvons dire qu'une chose : c'est que, si rien ne prouve que ce soit faux, rien ne démontre non plus que ce soit vrai ; c'est donc une question entièrement à réserver.

Je ne crois pas cependant que les recherches ultérieures

infirmement jamais complètement l'influence du système nerveux central sur les affections de la peau. En supposant même démontré, que ces modifications de la sensibilité dans les éruptions cutanées soient un phénomène purement local, et n'aient aucune valeur (ce que, pour le moment, je suis loin d'admettre), il n'en resterait pas moins des faits cliniques d'une explication bien difficile, si l'on veut éliminer toute intervention nerveuse : je veux parler de la distribution régulière de beaucoup d'éruptions sur la surface du corps, et de la symétrie parfaite qui les caractérise.

C'est bien certainement un des phénomènes les plus frappants de la séméiotique cutanée, que de voir la disposition exactement parallèle de certaines éruptions par rapport à l'axe du corps. Ce fait a, de tout temps, frappé les observateurs, qui en ont fait un des caractères principaux de l'affection *dartreuse*. Chacun sait que, pour M. Bazin, la symétrie serait presque constante dans l'eczéma d'origine herpétique, tandis que l'eczéma arthritique se présente sous forme de placards circonscrits distribués sans régularité.

Cette symétrie n'est pas seulement l'apanage de l'eczéma : elle se rencontre encore dans une foule d'affections. L'érythème noueux affecte presque toujours, sinon constamment, une disposition de ce genre ; et ses nodosités sont groupées au devant des tibias ou à la face externe des avant-bras dans des points exactement correspondants. Le proriasis, dans certaines de ces variétés, occupe avec une fixité remarquable les genoux et les coudes : certaines formes de purpura se montrent également sur des régions similaires.

Or, quelle explication plausible donner de cette symétrie, si l'on repousse toute intervention nerveuse centrale ?

Admettra-t-on uniquement l'influence des causes locales, des agents extérieurs sur certaines régions du corps? Sans doute, il y a des faits qui paraissent justiciables de cette théorie. Ainsi, l'on peut soutenir que tels et tels eczémas, localisés aux aisselles, à la racine des cuisses, au pli sous-mammaire sont le résultat du contact des surfaces cutanées entre elles, et de l'action irritante de la sueur. De même, on peut dire que, la plupart du temps, l'eczéma des mains reconnaît pour origine leur immersion habituelle dans l'eau ou dans d'autres liquides. Mais en regard de ces influences, combien d'exceptions pour nous totalement inexplicables? Pourquoi cet eczéma localisé à la partie externe des bras, des avant-bras, des jambes, va-t-il précisément respecter le pli du coude, de l'aisselle, du jarret, siège habituel de l'intertrigo, quand ailleurs les frottements sont partout les mêmes? Que de fois n'ai-je pas vu des éruptions de ce genre très-confluentes sur certaines parties du corps, exactement symétriques, respecter intégralement d'autres régions qu'on aurait cru devoir être les premières intéressées! Je me rappelle, entre autres, une blanchisseuse dont le cou, la poitrine et le dos étaient couverts de plaques eczémateuses symétriquement distribuées, tandis que les mains et les avant-bras n'en présentaient pas le plus petit vestige. Les cas analogues fourmillent. Donc, les influences extérieures ne peuvent donner la raison de la distribution des éruptions.

Ira-t-on, modifiant légèrement cette théorie, soutenir que chaque partie similaire du corps perçoit d'une façon identique les impressions, et que dès lors toutes les causes qui amèneront une modification de structure sur un point quelconque de la peau devront retentir sur le point symétrique? On pourra toujours observer que ce n'est là qu'une hypothèse bien vague, et qui ne tient guère devant le raisonnement. Car alors, on ne comprendrait pas pourquoi

toutes ces affections de la peau ne sont pas nécessairement symétriques, et d'autre part on aurait le droit de se demander comment un trouble quelconque de l'enveloppe cutanée peut se représenter dans la région similaire sans reconnaître les conducteurs nerveux pour intermédiaire.

D'ailleurs, avec ces théories d'actions locales purement périphériques quoi de plus difficile que de comprendre pourquoi un placard d'eczéma s'établit sur deux points correspondants du corps, y reste stationnaire, plus ou moins circonscrit, pendant des semaines et des mois, sans intéresser en aucune façon les parties voisines, dont la structure et le mode d'impressionnabilité aux agents extérieurs est à peu de chose près identique ?

Et si nous descendons dans le détail, que de preuves nouvelles nous trouvons d'une influence nerveuse ! Non-seulement, en effet, la distribution de cet eczéma est régulière pour certaines grandes régions, comme les genoux, les coudes, les plis articulaires ; mais si l'on examine les parties voisines, les placards isolés et comme satellites de l'éruption principale, on les retrouve formant des groupes, des traînées, des flots absolument symétriques de part et d'autre : on pourrait presque les compter et les mesurer sans trouver entré les éléments similaires autre chose que d'insignifiantes différences.

Il y a plus, cette identité ne semble-t-elle pas indiquer un point de départ spinal ? Dans quelques cas, on rencontre au milieu de cette symétrie d'ensemble, une différence d'un côté à l'autre qui n'est point l'effet du hasard, car ces inégalités se retrouvent, dans la même proportion et dans le même ordre, aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. J'ai souvent observé des cas d'eczéma dans lesquels l'éruption siégeant aux plis articulaires du coude et du genou, par exemple, le creux poplité droit était beaucoup plus irrité que le gauche, et sur une étendue

plus considérable; or, ces différences se retrouvaient également au coude du côté droit. J'ai cité, dans le courant de ce travail, une observation de ce genre; j'en ai recueilli d'autres analogues. Or, dans ces circonstances, je m'en suis toujours assuré, la prédominance de l'eczéma d'un côté du corps n'était due à aucune friction irritante, ni à aucune influence appréciable, et je ne puis voir dans cette distribution singulière le fait d'une simple perturbation périphérique.

A cet ordre de considérations tiré du caractère objectif de l'éruption, j'en joindrai un autre, tiré des symptômes nerveux qui l'accompagnent ou la précèdent. Rien n'est plus commun, en effet, que de trouver signalées dans les observations, attenant ou coïncidant avec l'affection cutanée, soit des migraines, soit des névralgies, soit des douleurs nerveuses viscérales, tous accidents qui, d'après M. Bazin, sont des manifestations de la diathèse herpétique ou arthritique. Mais la diathèse elle-même, cette influence cachée qui se traduit par des phénomènes si différents en apparence, devient bien plus saisissable si l'on envisage le système nerveux comme l'intermédiaire obligé de certaines éruptions arthritiques ou dartreuses. Dès lors, le lien qui rattache la migraine, la névralgie, la gastralgie, avec l'eczéma par exemple, devient plus compréhensible, puisque toutes ces manifestations pathologiques dérivent d'une cause commune.

Quelques affections cutanées, fort éloignées les unes des autres, au point de vue de la lésion élémentaire qui les caractérise, me semblent fournir une démonstration remarquable de l'influence prépondérante de l'élément nerveux sur leur production et sur leurs allures : je veux parler du *purpura simplex* d'une part, et de certaines éruptions bulleuses (1).

(1) Je devrais faire rentrer également dans cette catégorie la pel-

Purpura.

Si l'on parcourt les différents mémoires qui ont été publiés sur le purpura simple, on est frappé de la diversité des opinions que professent les auteurs à l'égard de cette curieuse affection. Personne ne s'entend sur le mécanisme de l'hémorrhagie : les uns, avec Cazenave et Bielt, voient dans ce phénomène le résultat d'un défaut de tonicité vasculaire, ou, avec MM. Vulpian et Charcot, une paralysie vaso-motrice temporaire : d'autres invoquent une altération primitive du sang : pour ceux-ci, les globules rouges passent en nature à travers les parois vasculaires ; pour ceux-là, il y a rupture des capillaires ; enfin M. Hillairet nie la réalité de l'épanchement sanguin et ne voit dans la tache purpurique que le fait d'une congestion de ces petits vaisseaux portée à son maximum.

Je crois que dans l'étude clinique de cette affection on a trop peu tenu compte des phénomènes douloureux et de la disposition spéciale de l'éruption, qui sont tout à fait caractéristiques.

Que voyons-nous en effet ? Un individu, dans le cours d'une maladie, d'un rhumatisme particulièrement, ou pendant la convalescence, ou même au milieu d'une bonne santé, est pris brusquement d'une douleur vive dans les membres et s'aperçoit que ses jambes sont œdématisées, bientôt, apparaissent les taches pourprées caractéristiques, mais la fluxion active, douloureuse du tissu cellulaire est le phénomène initial.

lagre et l'acrodynie, dont les relations avec les centres nerveux ne semblent pas douteux ; mais je ne connais que l'acrodynie des lèvres, et je n'ai jamais eu l'occasion de voir un seul cas de pellagre authentique qui ne fût pas du mal de misère. J'ai préféré me borner aux affections communes, dont on peut rencontrer des types dans les hôpitaux.

Cette première poussée est tout à fait passagère : au bout de quelques heures, d'un jour au plus, l'œdème a diminué, il ne se reforme plus de taches nouvelles. Le seul travail organique est la résorption de l'épanchement sanguin intra-dermique. Puis, sans cause connue, au milieu du repos le plus complet, ou sous l'influence d'une cause insignifiante, de quelques pas faits dans la chambre, une nouvelle fluxion, instantanée et douloureuse comme la première, se reproduit, entraînant encore une fois l'œdème du membre et la production de taches purpuriques. Et cela se répète trois, quatre fois, dix fois, toujours avec les mêmes caractères, sans que la santé générale paraisse en souffrir. C'est l'évolution à la fois soudaine et imprévue des névralgies, qui offre également ce caractère, d'être tantôt passagères, tantôt de récidiver avec une ténacité désespérante.

Et l'éruption elle-même, a-t-on suffisamment mis en relief la régularité parfaite qui souvent la caractérise? Ces taches purpuriques, qui semblent jetées au hasard à la surface des membres, occupent une distribution mathématiquement déterminée, bien visible quand l'éruption est discrète ou qu'on assiste à son début, ou encore quand elle occupe des régions peu habituelles. Alors on peut constater, avec la dernière évidence, que les taches, les groupes, les plaques ecchymotiques occupent des points symétriques, soit au pourtour des jointures, soit le long de la face interne des tibias ou du bord radial de l'avant-bras. Siègent-elles au tronc, elles sont exactement à égale distance de la ligne médiane dans les régions similaires.

Le caractère nerveux du purpura s'accroît encore si l'on envisage les phénomènes douloureux qui accompagnent l'éruption. Constamment, en effet, au moment où se fait l'œdème fluxionnaire qui précède l'apparition des pétéchies, on trouve une hyperesthésie et une hyperalgésie évidentes, sur une étendue toujours bien supérieure à celle de l'exhala-

tion sanguine. On ne peut donc admettre que ce soit la distension et le tiraillement de la peau par les quelques globules infiltrés dans le derme qui donnent lieu à cette hyperesthésie; mais ce qui me paraît l'expression de la vérité, c'est que, dans le purpura, le phénomène accessoire est l'éruption ecchymotique, tandis que le fait dominant est l'impression nerveuse de l'œdème actif qui l'accompagne.

Enfin, il existe fréquemment d'autres phénomènes nerveux qui coïncident ou qui alternent d'une façon remarquable avec les poussées du côté de la peau. Se fait-il en pareil cas des éruptions analogues dans les viscères, comme on l'a prétendu? Je n'en sais rien; mais le fait en lui-même est parfaitement exact. En dépouillant, à ce point de vue, nombre d'observations de purpura, j'en ai trouvé plusieurs dans le cours desquels survenaient des accidents gastro-intestinaux assez intenses, qui cessaient brusquement au moment où se rétablissait la poussée du côté de la peau. Or, en présence de ces faits cliniques, ne paraît-il pas raisonnable d'admettre que la même cause donne lieu à ces diverses manifestations, et qu'ici encore le système nerveux est directement en jeu, plutôt que d'invoquer une altération du sang, absolument incompatible avec la distribution spéciale et circonscrite de l'éruption, aussi bien qu'avec l'intégrité de la santé générale? Il s'agissait alors, et toute comparaison mise à part, de phénomènes analogues à ces exsudations sanguines d'origine nerveuse, sur lesquelles M. Parrot a autrefois insisté, et qu'il a qualifiées du nom caractéristique d'*hémorrhagies névropathiques* (1).

Les deux observations suivantes me paraissent particulièrement démonstrative des idées que je viens de soutenir.

(1) Parrot, *Mémoire sur les hémorrhagies névropathiques*. (Gaz. hebdom., 1859, p. 633.)

OBSERVATION XXXI. — *Rhumatisme articulaire aigu.*

Double poussée de purpura, symétriquement distribuée aux jambes et à la poitrine. Hyperesthésie ou hyperalgésie autour des points affectés.

Pierre C..., âgé de 30 ans, a eu une première atteinte de rhumatisme il y a six ans, avec complications cardiaques. — Depuis deux mois et demi, il est repris de douleurs et a dû cesser son ouvrage : cependant il avait commencé à travailler de nouveau, lorsqu'il y a cinq jours, il fut pris brusquement d'une douleur très-intense dans les jambes, avec sensation d'engourdissement. Il dut se faire transporter à son domicile ; on constata alors que ses membres inférieurs étaient uniformément gonflés. — Une heure plus tard, la face interne des jambes était couverte de taches purpuriques.

Trois jours plus tard, cette fois en plein repos, un phénomène analogue se reproduisit. Une poussée fluxionnaire aiguë se fit au niveau du bord antérieur de l'aisselle, de chaque côté, en un point exactement symétrique, et deux heures plus tard fut suivie de l'éruption caractéristique. C'est alors qu'il se fit amener à l'hôpital.

On constate à son entrée (le 26 mai) les symptômes d'un rhumatisme articulaire d'intensité moyenne, intéressant surtout les grandes jointures du membre inférieur. — La fièvre est presque nulle.

Les jambes sont de plus le siège d'une éruption purpurique discrète, qui occupe, sous forme de quatre ou cinq groupes distincts, la face interne du membre. On sent parfaitement, tout le long du tibia et sur une zone assez étendue, une tuméfaction diffuse, au niveau de laquelle la peau est très-hyperesthésiée et fort douloureuse.

Pareille lésion s'observe au-devant des pectoraux. A

première vue, on remarque un œdème local très-apparent; du milieu de cet œdème se détache un petit groupe de taches ecchymotiques de couleur foncée. En ces points, la peau offre une sensibilité exquise : le frôlement d'une pointe d'épingle, le contact d'un objet froid, lui est très-pénible. La zone hyperesthésique s'étend à 5 ou 6 centimètres autour de la plaque de purpura et se propage un peu le long de la face interne du bras, qui est le siège des élancements douloureux.

Prescription : chiendent avec 4 grammes de bicarbonate de soude.

Le 28 mai, les taches purpuriques ont pâli et ont pris une teinte jaunâtre. La sensibilité est encore exagérée, mais l'hyperesthésie occupe une zone beaucoup moins étendue. Le lendemain elle a disparu, et les jours suivants le purpura s'efface à son tour.

OBSERVATION XXXII. — *Purpura survenant par poussées successives, coïncidant et alternant avec des accès de viscéralgie. Troubles de la sensibilité à chaque éruption nouvelle.*

Agathe S..., âgée de 24 ans, entre le 5 mai 1873 à la salle Saint-Thomas. C'est une femme d'une belle santé, mais d'un tempérament nerveux prononcé. Elle n'a jamais eu d'attaques d'hystérie proprement dites, mais depuis l'âge de 18 ans, elle est très-sujette aux douleurs de névralgies, aux tiraillements d'estomac; elle a eu une légère atteinte de rhumatisme articulaire.

Depuis deux semaines environ, elle éprouvait du malaise, de la fatigue, de l'inappétence, sans pourtant se sentir sérieusement malade. Trois jours avant son entrée à l'hôpital, elle assista à l'accouchement fort laborieux d'une de ses parentes, ce qui l'impressionna vivement. Le lendemain

parurent ses règles, plus tôt que de coutume, et en même temps survint une éruption de plaques semblables à de l'urticaire, au niveau des cuisses, avec sensation de chaleur et prurit intense. Le jour suivant, elle essaya de se lever, mais les deux jambes enflèrent simultanément, en même temps que sur leur face externe apparaissaient symétriquement des saillies papuleuses et des taches purpuriques. L'éruption ne se borne point aux membres inférieurs : le soir même, elle s'était généralisée aux bras et à la partie supérieure de la poitrine, en respectant le dos, la face, le cou et l'abdomen.

Lors de son arrivée, les taches purpuriques étaient moyennement confluentes, elles formaient des groupes dont on pouvait parfaitement apprécier la disposition symétrique aux jambes, aux cuisses et aux bras : les genoux et les pieds étaient indemnes. Chaque tache se montrait au centre d'une élévation papuleuse à large base, assez semblable aux éléments de l'urticaire. Il existait de plus une tension et un œdème diffus du tissu cellulaire, assez considérable pour empêcher presque complètement les mouvements de flexion de la jambe. Sur d'autres points, cet empatement était circonscrit et formait de grandes plaques fort douloureuses, qui se développaient en quelques instants, avec tous leurs caractères. C'est ainsi que sous mes yeux, et pendant que j'examinais la malade, une fluxion de ce genre se produisit au niveau de l'articulation du pouce sur les deux mains.

Sur ces plaques d'œdème, la sensibilité est très-nettement modifiée : il existe une hyperesthésie et une hyperalgésie non douteuse ; l'impression de la température au contraire est moins bien ressentie que sur les parties de peau saines.

A part quelques tiraillements d'estomac, la santé

générale est d'ailleurs bonne, et il n'y a pas trace de chloro-anémie.

6 mai. — L'œdème a disparu, et il ne reste plus que les taches de purpura, qui ont déjà une teinte moins animée que la veille. Mais le soir il se fait une nouvelle poussée d'œdème, limitée au côté droit du corps : la main droite est très-gonflée, la jambe est normale ; de même, le mollet droit mesure 37 centimètres de tour, le gauche 35 seulement. Il y a toujours de l'hyperesthésie, et de plus une sensation de froid continue.

7 mai. — Pendant la nuit, la malade a été prise de vomissements bilieux, avec douleurs épigastriques violentes, irradiations abdominales, état nerveux prononcé. Quant au purpura, loin de s'accroître davantage, il pâlit, et l'œdème des membres a disparu.

Ces troubles viscéraux durent pendant deux jours : la douleur reste localisée à l'épigastre et à l'hypochondre avec irradiations ombilicales et scapulaires qui font un instant penser à des coliques hépatiques : mais les urines ne renferment pas trace de pigment biliaire, les conjonctives et la peau n'ont pas la moindre coloration ictérique. (Injections hypodermiques de morphine, purgatif, eau de Vichy.)

Le 11 mai, les douleurs ont disparu ; il ne reste qu'un peu d'endolorissement : les vomissements ont également cessé, le purpura est réduit à l'état de macules d'un jaune verdâtre.

Mais le lendemain, sans cause connue, de nouvelles coliques surviennent, s'accompagnant encore de vomissements bilieux ; et simultanément une poussée de taches purpuriques se montre aux membres inférieurs et sur l'abdomen.

14 mai. — Cessation des troubles viscéraux. Quelques

taches nouvelles apparaissent sur le bord interne des deux pieds.

15 mai. — L'éruption continue et occupe les jambes, les cuisses, les deux seins et les deux bras. La poitrine et le dos restent intacts. Les ecchymoses s'accompagnent, comme les fois précédentes, d'une sensation de picotement et de chaleur, avec œdème passager du tissu cellulaire. La peau est hyperesthésiée au niveau de l'œdème.

Le 17 mai reparaissent, avec de l'érythème papuleux au niveau des coudes, les symptômes viscéraux, coliques, jactitations, vomissements, sans ictère. Ils persistent pendant cinq jours, et ne sont nullement amendés par l'application d'un vésicatoire morphiné sur l'épigastre. Pendant toute cette période, il ne se fait pas une seule tache de purpura, et les anciennes pâlisent.

Le 23 mai il ne reste plus, en fait de symptômes viscéraux, que des éructations assez fréquentes, mais peu douloureuses. A cette date, sans cause connue, sans que la maladie ait marché, il survient une petite poussée de purpura assez confluent le long du bord interne du pied et sur le dos des phalanges des orteils, de chaque côté. La région externe du pied, au contraire, ne présente pour ainsi dire aucune tache hémorrhagique. Simultanément léger œdème, mais sans fourmillements ni picotements.

Le 27 mai on voit apparaître encore une fois des ecchymoses sur les seins et à la face interne des cuisses. Cette poussée est la dernière. A partir de ce moment il ne s'en reproduit plus d'autres jusqu'au 6 juin, où la malade demande sa sortie de l'hôpital. Elle paraît alors complètement guérie.

Il est impossible, à la lecture attentive de cette observation, de méconnaître le rôle considérable du système nerveux dans la production de l'exanthème purpurique. Ici, rien n'y manque : tempérament nerveux de la malade,

accidents névropathiques assez forts pour simuler la colique hépatique la plus intense, symétrie de l'éruption, troubles de la sensibilité au niveau des régions œdématisées, alternance des symptômes viscéraux et des symptômes cutanés, tout concourt à démontrer qu'il s'agit dans ce fait d'une véritable névrose, dont l'éruption hémorragique n'était qu'un phénomène secondaire.

Ces réflexions, qui m'étaient venues à l'esprit à l'occasion de ce cas et de deux autres à peu près analogues, trouvent leur confirmation dans une note d'un médecin américain, Mitchell Weiss, dont le titre seul indique la signification (1). Cet observateur a eu l'occasion de voir des pétéchies survenir dans le cours d'accès de névralgies, chez des femmes anémiques. Les douleurs coïncidaient avec des crampes dans les muscles de la région affectée. Pour lui, ces hémorragies cutanées proviennent d'une affection des nerfs, aussi bien que l'atrophie de la peau et des ongles qui a été signalée en pareille circonstance, et il émet l'opinion que le purpura, communément rattaché au vice rhumatismal, est, dans bien des cas, la conséquence d'une névrose.

J'avoue que sans regarder encore le fait comme démontré, j'ai grande tendance à incliner vers cette théorie : mais, je le répète, je n'ai pas vu assez de cas de purpura pour me prononcer tout à fait affirmativement dans ce sens.

(1) Mitchell Weiss, *On certain forms of neuralgia accompanied with muscular spasms and extravasation of blood, and on purpura as a neurosis*. (*American Journ. of medic. sciences*, July 1869, p. 115.) Malheureusement, à la bibliothèque de la Faculté, on n'a pu me procurer ce journal, et je n'ai pris connaissance de l'article que par l'analyse du *Canstatt Jahresbericht*.

(La suite au prochain numéro.)

III.

CAS D'ÉLÉPHANTIASIS DU SCROTUM OPÉRÉS par le chirurgien G. LLOYD, médecin de l'armée indienne.

Munendlen Agi Moplah, musulman, âgé de 27 ans, fut admis à l'hôpital civil de Calicut (Malabar), le 12 août 1873, pour une tumeur scrotale de dimensions énormes, s'étendant à trois pouces du sol, pendant la station debout, et ayant commencé il y avait quinze ans.

Historique de la maladie et état du malade. — La tumeur prit naissance tout d'abord dans le scrotum par un léger épaissement de ses enveloppes, ensuite elle devint d'un calibre démesuré et engloba le pénis. L'accroissement des dernières années avait été accompagné d'attaques légères d'une fièvre périodique, variable dans sa durée, apparaissant habituellement chaque mois, et s'accompagnant d'une augmentation appréciable du volume des parties affectées. Cet homme peut se promener, mais avec difficulté, à cause du poids extrêmement lourd qu'il lui faut charrier, bien qu'il le tienne soutenu en grande partie au moyen de ses vêtements. Il a fait trois pèlerinages à la Mecque, au tombeau du Prophète, le dernier, il y a seulement peu d'années. On trouve de l'éléphantiasis sur les jambes, sur l'une à un degré très-marqué. La santé générale du patient est bonne; son cœur est en parfait état.

Dimensions de la tumeur. — Autour du pédicule de la tumeur, à sa partie la plus étroite, elle mesure 14 pouces et demi; transversalement, elle a 44 pouces, et verticalement 54.

Le 21 août 1873, j'enlevai la tumeur, avec l'assistance

du docteur Pout, médecin militaire, et de quelques aides intelligents. Après avoir tenu la tumeur élevée au moyen de cordes pour permettre au sang veineux de s'en écouler, on soumit le malade au chloroforme. Pour s'opposer d'une façon efficace à l'hémorrhagie, les aides serrèrent une corde douce (à peu près de la grosseur d'une corde de châssis de fenêtre), munie d'anses, préalablement passées autour du col de la tumeur et traversant un anneau d'acier agissant comme un tourniquet. La tumeur fut alors abaissée au niveau du corps du patient et on procéda à l'opé-ration.

Après avoir introduit un conducteur dans le canal de l'urèthre, on fit sur le pénis, avec un couteau à amputation, une incision longue, profonde et verticale qui mit à découvert l'organe placé à quelques pouces de la surface extérieure. On introduisit le couteau sur un conducteur, dans l'ouverture du prépuce, et celui-ci fut fendu en haut, découvrant ainsi le gland. Ayant enlevé le prépuce, très-épais, le pénis, profondément situé, fut rapidement disséqué et rabattu sur l'abdomen; puis une incision, longue et profonde, faite sur le testicule gauche, suivant la direction du cordon, fit trouver la glande contenue avec une grande quantité de liquide dans la tunique vaginale épaissie. Celle-ci fut détachée du testicule, qui fut disséqué et rejeté sur l'abdomen. Une incision semblable fut faite sur le testicule droit, on le disséqua de même avec le cordon et on les rejeta tous deux sur l'abdomen. Une incision transversale réunit alors les trois autres, et quelques coups de tranchant achevèrent de détacher la tumeur.

On appliqua, sur les points saignants, trente ou quarante ligatures. Il n'y eut pas d'hémorrhagie consécutive; le pénis et les testicules furent recouverts avec de la charpie imbibée d'une solution faible d'huile phéniquée; ce fut là tout le pansement. Les testicules qui, avec leurs cordons

allongés, descendaient presque jusqu'aux genoux, furent placés sur un coussin avec le pénis complètement mis à l'abri de l'air par le pansement.

La tumeur pesait près de 65 livres, en comprenant une quantité de liquide ressemblant à du sérum, qui s'en était écoulé.

Environ sept semaines après l'opération, le malade pouvait se lever et se promener. Les testicules étaient tout à fait revenus à leur longueur normale et étaient revêtus d'une sorte de peau.

Deuxième cas. — Shaik Hyath, musulman, âgé de 26 ans, est admis, le 13 septembre 1873, à l'hôpital civil de Calicut, pour un éléphantiasis du scrotum qui durait depuis dix ans. Depuis deux ans, le malade ne pouvait plus se tenir debout, vu le poids de la tumeur qu'il lui fallait traîner; elle avait commencé à s'ulcérer à la base, exsudant un peu de liquide aqueux. A la requête du patient, je me décidai à l'opérer, bien qu'il ne fût pas dans le meilleur état de sante et qu'il toussât un peu. La présence de cette tumeur lui rendait la vie insupportable, et si on la laissait persister, elle était pour lui la cause d'un affaiblissement continuel. En conséquence, comme dans l'autre cas, avec l'assistance du Dr Pout, le 18 septembre, j'enlevai la tumeur avec plein succès. On appliqua environ trente ligatures. Le mode opératoire fut semblable au précédent, seulement le testicule droit ayant été trouvé malade, on en fit l'ablation, et les vaisseaux du cordon furent liés.

Le poids de cette tumeur était de 61 livres.

L'opéré, dès le principe, alla extrêmement bien, le testicule restant arriva vite à une rétraction et à une guérison complète.

Remarque. — Ces formes de tumeur ont été vues quelquefois en Angleterre. La tumeur la plus grosse, enlevée avec succès dans ce pays, fut opérée par M. Liston, à

Édimbourg. Dans ce cas, les testicules et le pénis furent enlevés. Le poids de la tumeur était de 44 livres.

Un cas intéressant d'une tumeur pesant près de 30 livres fut publié par le Dr Wiblin, dans les *Transactions de la Société médico-chirurgicale*, en 1862, mais le malade mourut bientôt après l'opération.

Le docteur Frayer, chirurgien en chef de l'hôpital de Calcutta, dans son ouvrage *la Chirurgie clinique aux Indes*, cite des cas nombreux dans lesquels il pratiqua l'opération et obtint, le plus souvent, de très-bons résultats.

(Traduit de l'anglais.)

Ces nombreux succès encouragent les chirurgiens à suivre l'exemple donné par M. le Dr Voillemier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, qui, en 1868, opérait un homme, âgé de 29 ans, atteint d'un éléphantiasis du scrotum et de la verge. Cet habile praticien conservait des lambeaux de peau très-suffisants pour recouvrir le pénis et les testicules, et leur reconstituer une enveloppe différant peu de l'état normal. La tumeur enlevée pesait 14 livres; elle descendait jusqu'aux genoux. Le moulage qui se trouve au Musée de l'hôpital Saint-Louis en est la fidèle reproduction. On peut voir à côté un second moulage fait sur le même malade, après sa guérison complète. Ces deux pièces ont vraiment un aspect saisissant et font le plus grand honneur au chirurgien qui fit l'opération et à l'artiste qui a su si bien reproduire un si brillant résultat.

A. GARY,

Externe à l'hôpital Saint-Louis, dans le
Service du Professeur Hardy.

(*Journal des Sciences médicales de Dublin*,
n° XXXIII, septembre 1874.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DES MALADIES DE LA PEAU, par A. GAILLETON, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, chirurgien en chef des Chazeaux, Paris, 1874, chez A. Delahaye, éditeur.

La vigueur de la méthode et la clarté de l'exposition constituent les principales qualités qu'on est en droit d'exiger d'un ouvrage élémentaire et pratique. En publiant sous forme de traité à l'usage des élèves et des médecins les leçons qu'il professe depuis seize ans à l'hospice spécial de l'Antiquaille, M. Gailleton a atteint complètement le but qu'il se proposait, de servir de guide dans l'étude des maladies cutanées. Au milieu des doctrines et des systèmes qui se partagent cette branche importante de la pathologie, nous voici pourvus d'un fil conducteur, sinon parfait, eu égard aux difficultés de la matière, du moins bien capable de rendre accessible la nosographie et la thérapeutique des dermatoses à qui voudra le prendre en main.

Comme le fait observer l'auteur, il est souvent difficile de rattacher l'expérience clinique aux descriptions théoriques, en présence des maladies de la peau. Leur nomenclature est loin d'être fixée, malgré les plus louables tentatives de la clinique moderne. On en est encore à démêler avec précision les caractères qui déterminent les espèces, au milieu de variétés multipliées, et la signification même des mots composant le vocabulaire dermatologique, faute d'un commun accord, prête parfois à des confusions presque inévitables.

M. Gailleton a pris pour base de son enseignement et de la pratique qui en découle une double considération, à savoir la connaissance de la nature de l'éruption cutanée et aussi celle de l'état anatomo-pathologique de la lésion dont il s'agit. Il est clair qu'au point où en est arrivée l'étude des maladies de la peau, entre la classification de Willan et la systématisation de Bazin, s'appuyer d'une part sur l'anatomie et la physiologie pathologique, de l'autre sur l'étiologie ; en un mot, avec Baumèz, associer la notion du genre morbide et de la nature du mal, c'est entrer de plain pied dans le progrès de la science, au profit des malades.

Le *Traité élémentaire des maladies de la peau* s'inspirant de cet ordre d'idées est divisé en trois parties :

La première contient les principes de la dermatologie, anatomie et physiologie normale et pathologique, séméiologie, étiologie, thérapeutique, considérées en général.

Chacun des éléments de la peau, en vertu des recherches les plus récentes, remplit un rôle important dans les fonctions du tégument externe, et il était indispensable de les envisager à l'état normal avant de passer à l'étude de leurs lésions.

Toutefois, cette donnée anatomique trouvera de nouveau sa place dans la description des maladies des glandes sébacées, des follicules pileux et des poils. Les modifications plus ou moins profondes que la texture de la peau subit dans ses propriétés physiques et fonctionnelles forment ensuite un chapitre intéressant qui, sous la rubrique d'une simple esquisse, peut passer pour le tableau très-fidèle des symptômes des maladies cutanées vues dans leur généralité. Nous en dirons autant de l'anatomie pathologique de la peau, éclairée par l'application du microscope à l'étude des dermatoses.

Les différentes causes qui provoquent et déterminent

les affections de la peau ont été groupées, suivant qu'elles sont étrangères à l'individu, dépendant d'actions irritantes physiques ou chimiques d'influences atmosphériques, de la présence de parasites animaux et végétaux, ou selon qu'elles se rattachent aux conditions d'âge, de sexe, de tempérament, aux maladies actuelles et antérieures.

Ces causes soit *externes* soit *internes* se subdivisent elles-mêmes dans le sens physiologique d'une part et pathologique de l'autre. Il suffisait d'appliquer ces données et ces distinctions pour faciliter le diagnostic des maladies cutanées, non-seulement quant à leur genre, déduit de la forme élémentaire, de la marche et de la période de la lésion, mais encore relativement aux variétés du genre morbide et à la nature des affections, tantôt accidentelles, tantôt symptomatiques, ou enfin idiopathiques : autant de catégories qu'on trouvera nettement exposées dans la classification du *Traité élémentaire des maladies de la peau*.

M. Gailleton n'a pas insisté sur les nombreuses méthodes de traitement adoptées tour à tour par les dermatologistes, le plus souvent en conséquence des opinions dominantes de la médecine de leur époque. Le désaccord qui règne sur le classement des affections cutanées contribue d'ailleurs à rendre cette thérapeutique singulièrement obscure, quand elle ne se réduit pas au simple empirisme. Abstraction faite de difficultés insurmontables, il nous paraît plus pratique de suivre l'auteur du *Traité* dans sa manière d'envisager : 1° les principaux agents thérapeutiques, employés dans le traitement des maladies de la peau, soit à titre de moyens *généraux*, hygiéniques et pharmaceutiques, soit comme moyens *locaux* ; 2° les indications fournies par le genre et la nature de la maladie.

A la suite des agents hygiéniques par lesquels débute la *médication générale* viennent des articles d'une réelle importance sur l'arsenic et l'iode, et leurs composés ; sur

le mercure, les alcalins, le soufre, les cantharides, etc., sans omettre l'association des méthodes, fournies par les médications étrangères à la cure des dermatoses. Nous avons le regret de ne pouvoir analyser chacun de ces chapitres, mais nous en recommandons la portée pratique, notamment en égard aux effets physiologiques des préparations arsenicales, iodurées, à leur valeur relative et aux indications qu'elles remplissent, au dosage et au mode d'administration de ces médicaments, à l'opportunité et à la durée du traitement.

Tous ces modes d'emploi sont étudiés avec la critique de l'expérience, et, sous une forme didactique, on ne saurait mieux spécifier le rôle d'agents considérables dans le traitement des maladies de la peau.

La *médication locale* embrasse un nombre si considérable et une telle variété de remèdes, qu'il a fallu subordonner l'utilité de ces moyens à des vues d'ensemble prises dans leur mode d'action respectif et dans l'indication qu'ils sont appelés à remplir. De la sorte, on passe en revue les agents de médication émolliente et sédative, astringente, résolutive, excitante ou substitutive, jusqu'aux caustiques et aux parasitocides.

C'est principalement sur le choix des différents substitutifs et sur l'action spéciale exercée par eux sur les processus morbides que l'auteur a fixé l'attention avec beaucoup de justesse.

Les eaux minérales étant appelées à modifier à la fois l'état général et les symptômes locaux devaient tenir une place à part dans le traitement des maladies de la peau. Leur importance thérapeutique en pareil cas remonte à une date très-ancienne, mais plutôt dans le sens empirique que dans celui d'une connaissance exacte de leurs propriétés. M. Gailleton les envisage à l'aide des nouvelles lumières que nous possédons aujourd'hui en hydrologie

médicale. Aussi part-il de ce principe que, pour juger les effets thérapeutiques des eaux, il convient d'étudier leurs propriétés communes, et dans lesquelles le mode d'emploi et la thermalité tiennent la tête, les propriétés plus spéciales qui ressortent de la constitution chimique de leur minéralisation respective, et enfin la double action exercée par elles sur les symptômes locaux et sur l'état général. Ce programme, rempli avec beaucoup de soin, porte l'empreinte des progrès accomplis dans cette branche de la thérapeutique. Ce mode d'action et les indications des eaux sulfureuses dans le traitement des dermatoses sont surtout appréciées avec une méthode impartiale et une exactitude d'observation qui mériteraient de trouver des imitateurs.

Déjà le plan de l'ouvrage faisait pressentir à quelle classification il se conformerait par la suite. Après une discussion des nombreux essais de nomenclature qui encombrant la nosographie des dermatoses, M. Gailleton s'est arrêté à étudier successivement : 1° les affections cutanées dans leurs rapports avec les maladies qui leur donnent naissance ; 2° l'histoire de chaque genre morbide en particulier.

La deuxième partie du traité élémentaire aborde l'exposé des affections cutanées en rapport avec les principales causes pathologiques qui les tiennent sous leur dépendance soit internes, telles en particulier que les syphilides, les scrofules, les affections rhumatismales, gouteuses, dartreuses, celles liées à diverses cachexies, aux maladies du système nerveux, etc.; soit de cause externe. Démontrer l'influence des causes pathologiques en question sur les éruptions cutanées, sur les caractères qu'elles leur impriment et sur le mode curatif qu'elles réclament, ainsi se formule cette seconde division qui ne sera pas la moins utile pour les lecteurs.

L'appréciation de chacun des articles consacrés aux

affections constitutionnelles de la peau par M. Gailleton, nous entraînerait au-delà des limites d'une bibliographie. Ce qu'il faut signaler, c'est qu'il n'a rien négligé en fait de discussion des problèmes de pathologie afférents à ces divers sujets. Nous en retenons pour preuves, entre autres, la détermination des caractères cliniques sur lesquels il se fonde pour faire une classe spéciale des scrofulides hyperémiques, la part qu'il prend aux controverses sur l'origine diathésique des arthritides, en démontrant la différence qui existe entre l'arthritisme et la dartre, la détermination même de ce qu'on doit entendre par dartres, en raison de l'état actuel de la science, etc. Les lésions trophiques de la peau, consécutives à des altérations du système nerveux, les manifestations cutanées, dues à une modification de la crase sanguine, n'ont pas reçu dans le traité élémentaire une aussi grande extension que les maladies diathésiques, mais cette réserve même ne saurait être blâmée, eu égard à l'insuffisance de nos connaissances sur la nature et les rapports de ces processus morbides.

Une troisième partie, non encore publiée, comprendra la description des affections cutanées, à savoir celles du derme, de l'épiderme, des ongles, des glandes annexes, sébacées, sudoripares, follicules pileux, avec leurs subdivisions ayant pour base les différents processus inflammatoire, hémorrhagique, etc. Les maladies parasitaires, certaines affections exotiques, comme la lèpre, le pian, les ulcères intertropicaux, les boutons, etc., compléteront cet ensemble, où l'on passera en revue successivement les lésions, les formes anatomiques et les espèces cliniques des dermatoses.

A chaque chapitre, à chaque article, en quelque sorte, M. Gailleton a joint un index bibliographique qui facilite les recherches et recule avec avantage les limites du traité élémentaire dont nous lui sommes redevables.

E. LE BRET.

REVUE DES JOURNAUX

TRAITEMENT DU SYCOSIS NON PARASITAIRE, par le D^r TILBURY FOX.

On est très-disposé aujourd'hui à considérer l'épilation comme le véritable traitement du sycosis. Selon le D^r Fox, ce traitement, en effet, rend quelquefois de grands services; quand le follicule pileux suppure, que la racine du poil est baignée dans le pus et détachée, nul doute, l'épilation est indiquée; il faut débarrasser le follicule de ce poil, qui dès lors joue le rôle de corps étranger et empêche le pus de s'échapper au dehors. Mais dans bien des cas, l'inflammation moins intense ne va pas jusqu'à produire la suppuration des parties profondes du follicule, les poils restent adhérents et leur extraction est très-douloureuse; l'épilation est alors contre-indiquée; elle ne convient donc qu'à une certaine période du sycosis.

Le traitement qui a le mieux réussi au D^r Fox dans le sycosis non-parasitaire peut être résumé ainsi : A une période peu avancée, quand les follicules pileux sont seulement très-hypérémiés, fomentations chaudes et topiques, émollients et isolants. Plus tard, quand il y a suppuration, épilation des poils détachés et application d'astringents faibles à base de zinc; apéritifs salins à l'intérieur. Enfin à la période chronique ou subaiguë, quand il y a prédominance de tubercules indurés (follicules épaissis par une hyperplasie conjonctive) et seulement quelques follicules isolés en suppuration, le D^r Fox donne à l'intérieur la so-

lution de Donovan (solution iodo-arsenico-mercurielle), et emploi localement des fomentations chaudes et une pommade faible au nitrate de mercure. (*The Lancet.*)

D^r Charles SCHWARTZ.

FOURNIER. — LÉSIONS TERTIAIRES DE L'ANUS ET DU RECTUM, leçon recueillie par M. PORAK.

Les lésions tertiaires de l'anus ne présentent rien de spécial, sauf quelques particularités qui tiennent à leur siège.

Pour les syphilides ulcéreuses il suffit de rappeler qu'elles sont en général peu douloureuses et ne donnent presque jamais lieu à ces spasmes si effroyablement douloureux qui accompagnent et caractérisent la fissure à l'anus. Quant aux lésions gommeuses, elles sont tout à fait exceptionnelles à l'anus.

Lésions tertiaires du rectum. — L'auteur les range en trois groupes : *syphilides ulcéreuses*; *syphilides gommeuses* et enfin *syphilôme ano-rectal*. Les premières ne présentent pas ici de caractères différents de ceux qu'elles affectent sur d'autres muqueuses et quant aux syphilides elles sont extrêmement rares : M. Fournier n'en a jamais rencontré, M. le professeur Verneuil en a cité un cas.

Quant au *syphilôme ano-rectal*, cette troisième forme des affections tertiaires du rectum, et qui n'a pas été jusqu'à ce jour décrite dans son évolution complète, elle consiste en : *une infiltration des parois ano-rectales par un néoplasme encore indéterminé comme structure initiale, mais susceptible de dégénérer en un tissu fibreux rétractile et de constituer ainsi des coarctations intestinales plus ou moins étendues.*

A sa première période, cette lésion se présente avec les

caractères suivants : épaissement rigide des parois rectales ; mais en même temps la muqueuse de ce rectum mala le n'est le siège d'aucune cicatrice ni, à ce moment, d'aucune ulcération.

Ce sont les portions inférieures du rectum, exclusivement, qui sont affectées par le néoplasme tertiaire. En général l'intestin est envahi sur une surface mesurant verticalement de 4 à 6 centimètres.

L'hyperplasie occupe toute la circonférence du rectum, elle se constitue en cylindre. Si, à cette période, la lésion ne constitue pas encore de rétrécissement véritable, elle altère cependant déjà la forme, le calibre et les fonctions du rectum ; le rétrécissement existe dès lors *en germe* et bientôt il se constituera si l'art n'intervient pas.

Si le syphilôme envahit l'anus, l'hyperplasie rencontrant là une région à plicatures froncées, elle se segmente en infiltrations partielles, lobulaires, qui constituent autant de petites tumeurs libres par leur sommet, mais reliées entre elles par une base commune, laquelle n'est autre chose que la muqueuse anale. C'est à cette forme de lésion qu'on donnait autrefois le nom de *condylômes*.

Le syphilôme anal est souvent associé au syphilôme rectal, dans ce cas les infiltrations hyperplasiques qui le constituent se continuent sans intermédiaire avec les lésions semblables du rectum ; quelquefois elles sont séparées de ces dernières par un intervalle variable de tissus sains. Ces lésions sont en général indolentes à moins qu'elles ne s'enflamment, ne s'érodent ; elles deviennent alors purigineuses, sensibles et secrètent une sanie séropurulente, striée de sang.

Au-delà de cette période, que devient cette lésion ? Traitée, elle peut s'amender, car la guérison même la guérison relative est rare ; parce que méconnue le plus souvent à son début, cette altération dégénère en une production

fibreuse rétractile, d'où dérive le rétrécissement. Non traité, le syphilôme ano-rectal persiste, devient fibreux et *se rétracte*. A la suite de cette rétraction on voit survenir comme phénomènes secondaires : dilatation du canal situé en-deçà du rétrécissement, inflammation, ulcération, suppuration, etc. en un mot le syphilôme rectal *dégénère en rétrécissement rectal*.

Anatomiquement, le syphilôme rectal, dit en terminant M. Fournier, n'est, suivant toute vraisemblance, originairement qu'une rectite hyperplasique. Plus tard, cette hyperplasie rectale se transforme en une rectite fibro-scléreuse laquelle devient à son tour l'origine, la raison même du rétrécissement ultérieur et des accidents consécutifs à ce rétrécissement. (*La France médicale*, octobre 1874.)

DE L'ACTION DE LA SUEUR SUR QUELQUES SELS MÉTALLIQUES.
CONSIDÉRATIONS SUR LE RÔLE DE LA SUEUR ET DES GLANDES
SUDORIPARES, par le D^r P. AUBERT.

Voici les conclusions de cet intéressant mémoire.

L'application de la main sur des feuilles de papier imprégnées de nitrate d'argent, de protonitrate de mercure ou de diverses autres substances, permet d'obtenir des empreintes.

Ces empreintes, que nous appelons sudorales pour rappeler leur mode de formation, peuvent se rattacher à deux types :

1^o Empreintes pointillées produites par la main exactement lavée, et dans lesquelles chaque point répond à une glande sudoripare.

2^o Empreintes linéaires produites par la main non lavée et dont les lignes correspondent aux crêtes papillaires.

La possibilité d'obtenir ces empreintes constitue une

méthode nouvelle d'exploration de l'appareil sudoripare et de la surface cutanée.

L'application de cette méthode à l'étude de questions théoriques a permis à l'auteur d'établir les propositions suivantes :

1° La transpiration insensible se fait exclusivement par les glandes sudoripares.

2° La moiteur est due non-seulement à l'émission incessante de la sueur, mais à la présence du résidu déliquescant et alcalin laissé par l'évaporation de celle-ci.

3° Les glandes sudoripares, indépendamment de leurs autres fonctions, doivent être considérées comme des appareils sécréteurs annexés aux organes du tact.

Cette dernière considération donne une signification et un sens à plusieurs faits anatomiques et physiologiques dont il est difficile de comprendre l'importance en se plaçant à un autre point de vue. Parmi ces faits, nous mentionnons :

L'inégalité du nombre des glandes sudoripares dans les diverses régions et la prédominance de ce nombre à la paume de la main et à la plante des pieds.

L'inégalité de l'activité sécrétoire de ces glandes dans les diverses régions.

La persistance au pied et à la main de la sécrétion et de l'issue de la sueur malgré la pression, et l'utilité à ce point de vue du trajet en spirale du conduit.

Le rapport de proximité des glandes sudoripares avec les papilles.

L'acidité de la sueur au moment de sa sécrétion et l'alcalinité de son résidu.

Nous pouvons dire dès à présent que là ne se bornent pas les usages des glandes sudoripares, et que bientôt nous ferons connaître la part qu'elles prennent à l'absorption cutanée.

(Lyon médical, 1874.)

TRAITEMENT DU LUPUS ET DU LUPUS ÉRYTHÉMATEUX,
par le Dr E. VEIEL.

C'est le professeur Volkmann de Halle qui le premier a fait connaître le traitement du lupus par les scarifications ponctuées et multiples. Toutefois il résulte des expériences du docteur Th. Veiel que la scarification suffit pour la guérison du lupus ; il est nécessaire dans le lupus érythémateux de faire suivre les scarifications ponctuées de cautérisations avec une solution de chlorure de zinc (chlorure de zinc et alcool, parties égales).

Dans le lupus érythémateux, la cautérisation détermine la formation de petites croûtes qui se détachent du sixième au dixième jour. On peut alors recommencer l'opération.

En général cinq à huit scarifications avec cautérisations consécutives suffisent pour obtenir une guérison complète. On donne en même temps à l'intérieur l'huile de foie de morue ou l'arsenic, suivant les indications. Après le traitement on applique pendant quelque temps encore sur les parties malades l'emplâtre mercuriel d'Hébra.

Cette méthode donne également de bons résultats dans le lupus ; toutefois l'intervalle qui sépare chaque scarification exige un temps plus long que dans le lupus érythémateux.

Les scarifications sont faites au moyen d'un instrument muni de six lames parallèles de lancette. A l'aide de cet appareil l'opération demande de 5 à 10 minutes et la perte de sang est insignifiante.

(*Archiv für dermatologie und syphilis.*)

TRAITEMENT DE LA GALE, par le Dr WEINBERG.

L'auteur recommande la préparation suivante :

Styrax liquide,	} àà 16 grammes.
Fleurs de soufre,	
Craie blanche,	
Savon vert,	} àà 32 grammes.
Axonge,	

Cette pommade a une couleur jaune verdâtre, une consistance pâteuse et une odeur assez agréable.

Le malade fait usage de cette pommade avant de se mettre au lit, en ayant soin de frictionner surtout énergiquement les régions où se trouvent habituellement les acares.

Ces frictions sont renouvelées deux soirs de suite ; le malade peut dans la journée se livrer à ses occupations ordinaires. Au bout de trois jours on fait prendre un bain de propreté.

Pour les enfants à la mamelle il faut ajouter à la pommade partie égale d'onguent simple.

(*Wiener medizinische Wochenschrift.*)

POMMADE CONTRE L'ECZÉMA INTERFESSIER.

Contre un eczéma de la région interfessière, qui avait donné lieu à des abcès cutanés avec tendance à la forme fistuleuse, M. Félix Guyon a prescrit avec succès la pommade suivante, dont la formule serait également applicable à d'autres intertrigos :

Sous-nitrate de bismuth....	àà
Oxyde blanc de zinc.....	5 grammes.
Glycérolé d'amidon.....	60 grammes.

(*Journal de médecine et chirurgie pratiques, janvier 1874.*)

LIVRES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Traité élémentaire de pathologie externe, par ME. E. Follin et Simon Duplay., t. IV, fascicule 4. — *Maladies de la Louche*, in-8° de 216 pages avec figures. Paris, chez G. Masson. Prix : 3 fr.

Le tome IV complet. Prix : 15 fr.

La théorie des atomes dans la conception générale du monde, suivie de l'Éloge de Laurent et de Gerhard, et de l'Éloge de E. Soubeiran, par M. A. Wurtz, membre de l'Institut, 1 vol. in-18. Paris, chez G. Masson. Prix : 2 fr.

De la valeur des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde et de leurs indications et contre-indications, par le Dr H. Libermann, in-8°. Paris, chez G. Masson. Prix : 2 fr.

Stomatite ulcéreuse des soldats. Relation d'une épidémie, par J.-B. Feuvrier, docteur-médecin, in-8°. Paris, chez G. Masson. Prix : 1 fr. 25.

Deux cas de morsure de serpent venimeux. Injection intra-veineuse d'ammoniaque dans un cas, par le Dr J.-B. Feuvrier, in-8°. Paris, chez G. Masson. Prix : 75 cent.

Études précises sur la déformation de la poitrine avec application à la pleurésie et à la phthisie ; indice thoracique, par M. Emile Fourmentin, ancien interne suppléant des hôpitaux de Paris, 1 vol. in-8° avec 14 fig. dans le texte. Paris, chez G. Masson. Prix : 3 fr. 50.

Note sur le traitement préventif de la fièvre puerpérale, par M. le Dr Paul Triaire, in-8°. Paris, chez G. Masson. Prix : 2 fr.

Du vaginisme, ses causes, sa nature, son traitement, suivi d'une leçon clinique de M. le professeur Lorain, par M. le Dr Lutaud, in-8°. Paris, chez G. Masson. Prix : 2 fr.

Smithsonian Miscellaneous Collections, Washington. Smithsonian Institution, 1 vol. in-8°, août 1874.

Practical Treatise upon eczema including lichenoid and impetiginous forms, by Dr McCall Anderson ; 3^e édition, avec planches, 1 vol. in-8°. London, chez A. Churchill.

Le gérant, G. MASSON.

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

MÉMOIRE SUR LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES
PRÉCOCES DES CENTRES NERVEUX, par CHARLES
MAURIAC, médecin à l'hôpital du Midi.

A une époque rapprochée du chancre infectant, et en même temps que se développent les manifestations cutanées et muqueuses propres aux premières poussées de la syphilis, il peut survenir des accidents qui se rattachent à une détermination de la maladie sur les principaux viscères de l'organisme. Je ne veux pas parler de ces troubles symptomatiques plus ou moins vagues, un peu disséminés partout, et presque toujours fugaces qui traduisent, sous des formes variées et multiples, la perturbation générale que fait subir à l'économie l'empoisonnement par le virus syphilitique. Il s'agit ici de phénomènes morbides localisés, fixes, plus ou moins durables, d'une signification précise, et qui sont, à n'en pas douter, l'expression d'un désordre organique dont il n'est pas toujours facile sans doute d'ex-

plier le processus, mais dont l'existence et la nature ne peuvent laisser aucune incertitude.

Et pourtant, si on s'en tenait à ce qui a été écrit et enseigné jusqu'à présent sur l'évolution de la syphilis, il semblerait étrange et même impossible qu'une détermination de cette maladie constitutionnelle se fixât sur les viscères à une phase aussi voisine de l'accident primitif. Les préjugés sur la chronologie et la topographie des accidents syphilitiques sont encore tellement enracinés dans les esprits, on est si fortement pénétré de l'immutabilité des prétendues lois qui les régissent, qu'on n'acceptera peut-être qu'avec répugnance l'idée d'une manifestation précoce de certaines syphilis viscérales.

Ces mots *syphilis viscérale* ne semblent-ils pas en effet évoquer tout un long passé pathologique, un enchaînement ininterrompu et fatal d'accidents qui se succèdent en allant de la périphérie au centre, des couches superficielles vers les parties les plus cachées et plus profondes de l'organisme, où ils trouvent enfin les viscères qui jusqu'alors leur avaient échappé? On songe moins à un commencement et à un milieu qu'à une fin, à la période ultime d'un processus qui s'épuise dans les organes les plus essentiels à la vie, après avoir attaqué tous les autres.

Dans mon travail sur les *Affections syphilitiques précoces du système osseux*, j'ai réagi contre cette manière de voir, et j'ai essayé de prouver cliniquement que l'infection de l'économie par le poison morbide était générale et simultanée dès le début de la maladie constitutionnelle; qu'aucun tissu, aucun organe, aucun système ne possédait, à telle ou telle phase du processus, l'espèce d'immunité que lui ont conférée des doctrines trop exclusives.

A l'appui de cette proposition, je vais rapporter aujourd'hui une nouvelle catégorie de faits que j'ai recueillis en poursuivant mes recherches dans le même sens. Ils ont

trait aux *déterminations précoces de la syphilis sur les centres nerveux*.

Si leur précision et leur authenticité ne permettent pas de mettre en doute la date de leur apparition, et résolvent par conséquent la question de *précocité* qui constitue leur caractère dominant, on verra qu'il n'est pas aisé d'apprécier la nature de lésions qui échappent presque toujours à une exploration directe et physique. On n'a pour base de jugement qu'un complexus phénoménal assez difficile à débrouiller et dont l'interprétation est, à bien des points de vue, souvent embarrassante. Les autopsies qui pourraient nous éclairer sont rares.

Ces lésions précoces des centres nerveux ressemblent-elles à celles qui se développent sur les os vers la même époque? Sont-elles résolutives ou destructives? S'expriment-elles par un mode inflammatoire plus ou moins accusé, ou aboutissent-elles à la nécrobiose, comme la plupart des lésions syphilitiques qui surviennent tardivement, à une époque très-éloignée du début et pendant la phase constitutionnelle et cachectique de la maladie?

Ces questions sont très-importantes; je ne fais que les poser, et je me réserve de les discuter avec tout le soin qu'elles méritent, lorsque j'étudierai dans son ensemble la *syphilis cérébro-spinale*. Qu'il me suffise de dire, dès maintenant, que les individus atteints de cette grave manifestation de la syphilis ne guérissent presque jamais complètement. En faudrait-il conclure que les productions hyperplasiques ou gommeuses des centres nerveux ou des cavités qui les contiennent ont la même tendance désorganisatrice au début de la syphilis que dans ses périodes ultérieures? Non, car l'évolution phénoménale, surtout quand il s'agit d'organes d'une structure aussi délicate que le cerveau et la moelle épinière, ne traduit pas en général d'une manière exacte le processus de la lésion organique.

Mais exposons d'abord les faits avant d'en tirer des conclusions.

OBSERVATION I.

Syphilose diffuse du cerveau.

Chancres infectants, roséole et accidents secondaires légers; traitement spécifique.

Au huitième mois de la contamination, début d'une encéphalopathie simulant une fièvre typhoïde ou une méningite tuberculeuse.

Plus tard, attaque apoplectiforme, troubles de l'intelligence, dépression des facultés cérébrales, embarras de la parole, vomissements.

Après deux mois de durée, guérison de l'encéphalopathie.

I

M. B..., marchand de vins, âgé de 36 ans, d'une bonne constitution, ne présentant dans ses antécédents aucune trace de maladie constitutionnelle héréditaire ou acquise, n'ayant pas d'habitudes alcooliques, entra, le 7 décembre 1868, dans mon service, à l'hôpital du Midi, salle 7, n° 21. En 1860, il avait eu un chancre simple non suivi d'accidents syphilitiques.

Dans les premiers jours de novembre 1868, coït suspect après une continence de six mois. Trois jours après, ulcérations sur la verge qui ne se compliquèrent pas de bubons suppurés et ne s'indurèrent que quelques jours après son entrée à l'hôpital. Ces indurations étaient multiples et larges comme des pièces de 2 francs (pilules de proto-iodure).

Le 1^{er} février (3^e mois de la contamination), il survint une roséole qui disparut au bout de quelques semaines. En mars, le malade éprouva de violentes douleurs musculaires, principalement dans le côté gauche. On ajouta au traitement hydrargyrique l'iodure de potassium qui fut porté à la dose de 2 grammes.

II

Malgré la bénignité des accidents cutanés et le traitement suivi avec soin dès le début de la maladie, il se produisit, en mai, une céphalalgie très-persistante et très-vive; ce fut le prodrome de l'encéphalopathie qui se déclara vers le commencement de juin. C'était alors le huitième mois de la contamination. Il n'existait aucun accident du côté de la peau ni des muqueuses. Depuis un mois, on avait suspendu le traitement hydrargyrique et donné 3 grammes d'iodure de potassium.

Tout à coup, et sans cause appréciable, le malade fut pris d'une fièvre assez vive, mais fugace et irrégulière, accompagnée de constipation, de nausées et de vomissements bilieux. Je cessai de donner l'iodure et fis prendre un purgatif, puis un vomitif. — Malgré la médication évacuante, l'état du malade ne s'améliora pas. La fièvre diminua, mais les phénomènes cérébraux tels que la stupeur, la somnolence et la céphalalgie frontale persistante devinrent plus prononcés. On aurait pu croire qu'il s'agissait d'une fièvre typhoïde si, le 4 juillet, le malade n'avait été frappé d'une sorte d'attaque apoplectiforme. S'étant levé, il tomba tout à coup avec perte complète de connaissance. Il n'eut ni convulsions, ni écume à la bouche, ni paralysie localisée. Cette attaque fut suivie d'une somnolence qui dura 48 heures.

III

Les jours suivants l'état morbide cérébral s'accroît de plus en plus : Stupeur typhoïde s'élevant quelquefois jusqu'à une dépression, une abolition presque complète de toutes les fonctions cérébrales. Affaiblissement musculaire généralisé. Céphalgie occipito-frontale. Vomissements alimentaires. Plus de fièvre.

Le 13 juillet, je notai l'état suivant : Expression d'hébété sur la physionomie, somnolence presque continuelle, sans crises d'agitation. Pouls, 76 à 80, régulier, dépressible. Aucune gêne de la circulation veineuse et capillaire. Rien d'anormal au cœur, ni dans les vaisseaux. Intégrité des fonctions respiratoires; peau fraîche ne présentant aucune trace d'éruption. L'adénopathie cervicale, qui avait été très-accentuée, avait beaucoup diminué.

Troubles du système nerveux.— Par moments, fixité du regard et déviation des yeux, mais la vision reste parfaite, quelle que soit la direction des globes oculaires. Les pupilles, un peu rétrécies, se meuvent avec lenteur. Depuis plus d'un mois, céphalgie persistante avec un paroxysme qui se produit d'habitude vers 8 heures du soir, dure toute la nuit et cesse le matin, vers 7 heures. La douleur siège principalement au niveau de la ligne courbe supérieure de l'occipital, des deux côtés de la ligne médiane, vers le point d'émergence du nerf occipital, et remonte jusqu'aux régions pariétales latérales. Il existe aussi des foyers douloureux sur chaque tempe avec irradiations temporo-pariétales. La douleur est constrictive plutôt que lancinante, continue quoique avec des redoublements. — Insomnie.

Torpeur intellectuelle depuis un mois, avec difficulté de la parole s'élevant quelquefois jusqu'à une absence presque

complète d'expression et de perception. Mémoire très-affaiblie.

Aucune trace de paralysie faciale. Masses musculaires également amaigries par tout le corps. Faiblesse musculaire généralisée, sans paralysie partielle, ni tremblements, ni contracture. Se lève seul, mais titube et chancelle comme un homme ivre. Toutes les sensibilités sont parfaites sur toutes les parties du corps. La langue est humide, n'est pas déviée et ne tremble pas. Déglutition très-facile.

Ces phénomènes cérébraux, qui durent depuis un mois environ, ont augmenté progressivement.

IV

Il existait aussi des troubles du côté du tube digestif. Ainsi les vomissements qui avaient signalé le début de l'encéphalopathie, vers le 7 juin, n'avaient pas cessé depuis. Ils survenaient quelques minutes après l'ingestion des aliments, sans être précédés de nausées; ils contenaient peu de bile. — Le ventre était fort déprimé; il y avait de la constipation et de l'inappétence. Le foie et la rate conservaient leurs dimensions normales, il n'existait ni sucre ni albumine dans les urines.

Dès la chute de la fièvre, j'avais fait reprendre au malade 2 ou 3 grammes d'iodure de potassium.

Le 23 juillet (43^e jour environ de l'encéphalopathie), on constata une amélioration manifeste. Les vomissements continuaient, mais le malade avait repris des forces et il commença à descendre dans le jardin.

Le 29 juillet, appétit considérable, malgré les vomissements. Pas de nouvelle attaque, moins de stupeur, céphalalgie moindre. Marche mieux, mais éprouve encore beaucoup de difficulté à monter et à descendre les esca-

liers à cause de la faiblesse des cuisses et des jambes ; accidents vertigineux pendant la marche. La mémoire revient. Contraction des pupilles normale ; plus d'embarras de la parole, compréhension plus facile. Le malade cause, se promène et présente les allures d'une convalescence franche. Peu à peu sa santé se rétablit à peu près complètement, et quand il sortit, le 10 août (63^e jour de l'encéphalopathie), il ne lui restait plus que quelques étourdissements. Je ne l'ai pas revu depuis.

V

Parmi les cas d'encéphalopathies syphilitiques précoces que j'ai observés, je crois que celui qu'on vient de lire est le seul où la guérison ait été presque complète. Encore n'oserai-je pas affirmer que cette première attaque n'a pas été suivie d'autres plus graves et qui ont laissé à leur suite, comme il arrive souvent, des traces ineffaçables. Quoi qu'il en soit, il est bien évident que la syphilis seule est responsable des accidents singuliers qui se sont manifestés du côté du cerveau, vers le 7^e mois du chancre, c'est-à-dire à une époque où il est tout à fait insolite de la voir apparaître. Remarquez combien le diagnostic de la cause prochaine eût été difficile si on n'avait suivi pour ainsi dire jour par jour la filiation des accidents. On aurait eu toute raison de supposer, au début, qu'il s'agissait d'une fièvre typhoïde ; puis, après la chute de la fièvre, d'une méningite tuberculeuse.

C'est en effet avec la méningite tuberculeuse que cette syphilose diffuse du cerveau présente la plus grande analogie. Même ensemble phénoménal de part et d'autre. La marche seule diffère. Au lieu de l'aggravation continue qui aboutit fatalement à la mort dans la tuberculisation des

méninges, nous avons eu ici, vers le 40^e jour de la maladie, une amélioration qui ne s'est pas démentie et qui a été suivie d'une convalescence franche et de la disparition de tous les accidents.

La diffusion des phénomènes et leur superficialité me paraissent constituer les traits les plus marquants de cette affection syphilitique de l'encéphale. Il n'a existé qu'un affaiblissement général de tout le système musculaire, qui ne s'est jamais localisé dans un groupe de muscles déterminé, sauf peut-être dans quelques-uns des moteurs de l'œil, ce qui a pu donner lieu au strabisme.

Mais ne pourrait-on pas attribuer aussi bien la déviation des yeux à la contracture qu'à la paralysie des muscles moteurs? Je ne le pense pas. Il n'y a eu, en effet, à aucune phase de la maladie, même pendant ces attaques apoplectiformes qui ressemblaient tant à de l'épilepsie symptomatique, aucune apparence de convulsion ou de contracture dans les muscles des membres, du tronc et de la face.

Parmi les symptômes qui méritent d'être mentionnés, il en est plusieurs qu'on rencontre dans presque tous les cas de syphilis cérébrale ; tels sont la céphalalgie et l'insomnie. La céphalalgie surtout en est le prodrome le plus constant. Quant à l'insomnie on la voit persister souvent et alors même que tous les autres phénomènes se sont atténués ou ont disparu ; elle alterne souvent avec la somnolence, surtout quand les lésions, comme c'est ici le cas, se sont disséminées sur une grande étendue de la masse cérébrale ou de ses annexes.

Dans les encéphalopathies syphilitiques, on observe parfois des anomalies psychiques étranges qui simulent si bien certaines variétés de folie qu'on les a décrites sous ce nom. Ici il n'y a point eu déviation ni exaltation ou perversion des phénomènes intellectuels et moraux ; ils ont subi seulement, comme le système musculaire, une sorte d'af-

faissement qui rend compte de la lenteur des perceptions, de la faiblesse de la mémoire et sans doute aussi de l'embarras de la parole. L'aphasie n'a été que momentanée; et, comme elle coïncidait avec la dépression de toutes les autres fonctions cérébrales, il est peu probable qu'elle correspondît à des lésions spécialement localisées dans certaines régions du cerveau.

VI

Parmi les phénomènes sympathiques ou réflexes développés par cette syphilose diffuse du cerveau, les vomissements ont été le plus remarquable et le plus persistant. C'est un nouveau trait de ressemblance avec la méningite tuberculeuse. Ajoutez-y la dépression du ventre et la constipation.

La circulation a été calme, excepté au début qui a été marqué, comme celui de certaines fièvres typhoïdes, par des accès de fièvre irrégulièrement intermittents. Contrairement à ce qu'on observe dans presque tous les cas de tuberculisation des méninges, on n'a point constaté ici ces perturbations du pouls et de la circulation capillaire qui se traduisent par l'irrégularité, la faiblesse, l'intermittence, des diastoles artérielles, les rougeurs subites et les taches congestives provoquées qu'on nomme méningitiques.

VII

D'après l'analyse de tous ces symptômes directs ou réflexes, quelles conjectures est-il permis de faire sur la lésion qui les a produits ?

1° *Au point de vue du siège.* — Il est à peu près certain, à cause de l'absence de toute localisation,

que le désordre organique avait envahi d'emblée une grande partie de la masse encéphalique et qu'elle en occupait les parties les plus superficielles, probablement les enveloppes. Cette hypothèse est corroborée par la ressemblance frappante qui existe entre la formule symptomatique de cette syphilose diffuse du cerveau, et celle de la méningite chronique.

2° *Au point de vue de la nature.* — Il est extrêmement probable que cette lésion, bien que syphilitique, a procédé suivant le mode inflammatoire commun qu'on observe assez souvent dans les premières phases de la maladie; et si le malade avait succombé et qu'on eût ouvert le crâne, on n'aurait trouvé sans doute que les lésions ordinaires d'une méningite chronique simple, sans aucun produit morbide capable de révéler soit par la nature, soit par le groupe de ses parties constituantes, l'origine syphilitique de l'affection.

3° *Au point de vue de la marche.* — Ce qui prouverait bien encore qu'il en était ainsi, c'est la facilité avec laquelle la résolution s'est faite. L'hyperplasie méningitique, si elle n'avait pas été superficielle et pour ainsi dire purement congestive, aurait duré plus longtemps et lésé d'une manière plus profonde et moins fugace les fonctions cérébrales.

VIII

La question du traitement présente ici quelque intérêt. On ne manquera pas d'attribuer la guérison à l'iodure de potassium, bien qu'il n'ait été administré que tard et à des doses modérées. Sans contester son action curative, je crois que cette syphilose cérébrale aurait disparu spontanément, ou sous l'influence de la médication rationnelle qu'il est d'usage d'employer dans les affections méningitiques quel-

que soit leur substratum constitutionnel. Je l'ai vu si souvent échouer dans d'autres encéphalopathies syphilitiques, que je n'ai pas en lui cette foi robuste, cette confiance absolue suivies de si amères déceptions. Il y a beaucoup à dire sur ce sujet et j'y reviendrai. Qu'il me suffise pour le moment d'affirmer que son efficacité préventive est tout à fait nulle. Ainsi le traitement hydrargyrique et ioduré, institué presque dès l'apparition du chancre infectant, poursuivi avec persévérance et suivant les différentes indications qui se sont présentées pendant le cours des accidents cutanés, ce traitement secondé par le régime de l'hôpital, n'a pu empêcher l'explosion de la syphilose cérébrale. On verra plus tard que dans beaucoup d'autres cas il en a été de même.

Les fonctions plastiques avaient été assez vivement touchées par la syphilis chez ce malade. Ainsi, lors de son entrée, il pesait 160 livres; le 13 juillet il était descendu à 113. Quand il sortit, le 20 août, il avait regagné 7 livres.

OBSERVATION II.

Aphasie syphilitique et hémiplegie droite.

Chancre infectant survenu après un mois d'incubation.

Au 2^e mois du chancre, syphilide papuleuse.

Au bout de 4 mois, à partir du début du chancre, prodromes cérébraux suivis d'une attaque d'aphasie et d'hémiplegie droite incomplète, localisée dans les muscles de la face et dans ceux de l'avant-bras.

Traitement spécifique. — Diminution progressive des accidents.

Au bout de 8 mois, persistance de presque tous les phénomènes morbides.

Incurabilité de l'affection. Quatre ans après le début de la syphilis, aphasie et paralysie incomplètes ne subissant que de légères alternatives de mieux et de plus mal.

I

M. C... (Hippolyte), âgé de 36 ans, marchand ambulant, entré le 9 juillet 1870, à l'hôpital du Midi, dans mon service, salle 7, n° 13, avait toujours joui d'une bonne santé et ne présentait dans ses antécédents aucune trace de maladie constitutionnelle, héréditaire ou acquise. Il se grisait une ou deux fois par mois avec du vin rouge. Écoulement très-léger à l'âge de 20 ans.

Dans la 2^e semaine de janvier 1870, il eut commerce avec une coureuse d'hôtel garni, dans le quartier Montmartre. — Un mois après, apparition d'un chancre infectant dans la rainure balano-préputiale. Il entra dans le service de M. Simonet, où on lui fit prendre du sirop de bi-iodure ioduré.

Vers le mois de mai, la peau se couvrit d'une éruption papuleuse.

À la fin du mois de juin (quatre mois juste après l'apparition du chancre infectant), le malade commença à ressentir des douleurs de tête extrêmement violentes, surtout pendant la nuit. Puis il éprouva pendant huit jours environ une sorte d'engourdissement dans le bras droit et dans le côté correspondant de la figure.

Les symptômes cérébraux avaient une signification si précise et si peu trompeuse qu'il était impossible de douter qu'une détermination syphilitique se fût produite sur l'encéphale. — Cette phase prodromique, pendant laquelle on n'observe habituellement que de la céphalalgie et quelques accidents vertigineux, a présenté dans le cas actuel comme une ébauche des phénomènes paralytiques

qui devaient s'accroître plus tard d'une manière beaucoup plus prononcée. Cette première phase de l'encéphalopathie syphilitique, quoique lente et progressive, s'est terminée brusquement, et sans cause appréciable, par une sorte d'apoplexie.

II

Tel était en effet l'état des choses, lorsque dans la nuit du 2 au 3 juillet (4 mois 1/2 après le chancre), il eut une attaque sans perte de connaissance, et dont il fut inconscient. Seulement, le matin au réveil, il ne pouvait plus parler, ou il bégayait tellement qu'il était impossible de le comprendre, et en même temps il était paralysé du bras droit. — La mémoire était un peu affaiblie; les facultés intellectuelles étaient conservées; la figure n'était pas notablement déviée, et l'état général avait été si peu éprouvé par cette attaque, que le malade ne fut pas obligé de s'aliter. — Le membre inférieur droit n'avait pas été atteint.

Peu à peu les accidents de paralysie du bras droit diminuèrent; mais l'embarras de la parole persista. — Au moment de son entrée dans mon service, ce malade n'avait suivi aucun traitement depuis les 500 grammes de biiodure ioduré que lui avait fait prendre M. Simonet.

Voici quel était son état vers le milieu de juillet 1870 (5^e mois de la syphilis, 15^e jour de l'attaque d'aphasie) :

Empatement dur au niveau du chancre, adénopathie cervicale et inguinale. — Syphilis papuleuse disséminée sur le tronc, confluent sur le bras droit et sur la jambe gauche. — Quelques papules sur la face. Rien du côté des muqueuses.

La sensibilité et le mouvement paraissent intacts sur le côté droit de la face, et la gêne qu'y ressentait le malade n'a duré que très-peu de temps. A peine observe-t-on un

peu de déviation des traits à gauche dans certains jeux de la physionomie.

La sensibilité cutanée et la contractilité musculaire sont parfaitement conservées dans toutes les parties du corps, excepté dans le bras droit qui présente les lésions suivantes : Les mouvements de totalité du membre autour de l'épaule s'exécutent bien ; ceux de l'avant-bras sur le bras ont aussi conservé à peu près toute leur énergie.

Il n'en est pas de même des muscles de l'avant-bras ; ils sont le siège d'une paralysie prononcée sans atrophie qui se traduit par l'impossibilité : 1° de serrer un objet quelconque ; 2° d'étendre les doigts, qui sont dans la demi-flexion. Il y a donc paralysie tout à la fois des extenseurs et des fléchisseurs des doigts, dont le jeu est presque nul.

Les lésions de la sensibilité, beaucoup moindres que celles de la motilité, présentent à peu près la même distribution qu'elles. Ainsi la sensibilité est conservée sur le bras ; sur l'avant-bras et sur les doigts, elle est très-diminuée.

Les maux de tête ont complètement disparu trois ou quatre jours après l'attaque, et ne se sont pas reproduits. L'insomnie qui avait débuté avec la céphalée a été plus longue à disparaître. Cependant le sommeil est revenu depuis deux ou trois jours. — Les idées sont nettes et les souvenirs semblent précis.

Le phénomène qui est le plus accusé, celui qui a le moins diminué, c'est l'aphasie : Embarras, hésitation de la parole, bégaiement très-prononcé, surtout lorsque le malade veut parler vite. Il affirme que sa langue se meut très-bien, mais qu'il n'en est pas maître, tandis qu'il l'est très-bien de ses idées qu'il ne peut pas exprimer. — Aucun trouble du côté des organes des sens, ni des autres appareils.

Je fis prendre au malade beaucoup d'iodure de potassium, et son état s'améliora, mais progressivement ; il était loin d'être guéri lorsqu'il sortit de mon service le 23 août 1870.

III

Il revint me voir le 14 novembre 1870 (9^e mois de la syphilis, 4^e mois 1/2 de l'encéphalopathie). Quoiqu'il eût continué à prendre de l'iodure de potassium, son état était resté à peu près stationnaire. Mémoire conservée. Alternance de force et de faiblesse dans le bras droit qui semble froid et engourdi, surtout le matin. La force revient quand le malade plonge sa main droite dans l'eau froide. Il bégaye toujours beaucoup, surtout depuis 10 jours, sans qu'il soit survenu cependant rien qui ressemble à une nouvelle attaque. L'état général est ce qu'il a toujours été, très-satisfaisant.

Le 23 mars 1873 (3 ans et 9 mois à partir du début de la syphilis, 3 ans et 5 mois après le début des accidents cérébraux), le malade vient me consulter, et je constate que son état ne s'est pas amélioré. Il bégaye toujours, la sensibilité est un peu obtuse dans le côté droit du corps. Il est inhabile de la main droite, et ne peut s'en servir soit pour se débarbouiller, soit pour nouer les cordons de ses souliers. La raideur est surtout prononcée dans le doigt indicateur. — Les facultés intellectuelles paraissent affaiblies. Le sens génital est intact.

IV

J'ai revu une ou deux fois le malade depuis le 23 mars 1873, et son état m'a toujours paru le même. Il est évident qu'il ne guérira pas. Il s'est produit sans doute du

côté de l'encéphale quelque désordre irrémédiable. Quant au processus syphilitique, je crois qu'il est arrêté. Du moins il n'est survenu depuis l'attaque du mois de juillet 1870 aucun raptus congestif violent, ou aucune aggravation progressive indiquant une persistance dans l'activité du foyer morbide.

L'aphasie a constitué le phénomène capital ; c'est toujours lui qui domine parmi ceux qui existent encore. — A vrai dire, si tous se sont atténués, aucun n'a disparu complètement.

Parmi les circonstances les plus remarquables de la forme symptomatique propre à cette encéphalopathie syphilitique et à presque toutes les autres, il faut signaler : 1° l'état incomplet de la paralysie ; 2° sa distribution sur certains groupes de muscles et même sur certains muscles isolés. Il est rare en effet d'observer dans les paralysies syphilitiques cet anéantissement absolu de la faculté motrice qui est la règle dans la plupart des hémiplegies. C'est à peine, par exemple, si les muscles de la face du côté droit étaient atteints. On ne s'apercevait de leur fonctionnement imparfait que dans les grands mouvements qui nécessitent une contraction violente et complète. — Quant au membre supérieur droit, la paralysie n'avait atteint que les muscles extenseurs et fléchisseurs des doigts. La sensibilité cutanée était beaucoup moins compromise que la motilité. C'est la règle dans toutes les encéphalopathies syphilitiques.

En ne tenant compte que des troubles fonctionnels, on aurait donc pu diagnostiquer l'origine de la lésion cérébrale. Sa coïncidence avec des manifestations syphilitiques cutanées, son apparition peu de temps après l'accident primitif dont l'induration n'avait pas encore disparu, l'absence de toute autre cause, étaient autant de circonstances qui

élargissaient et rendaient plus solide la base du diagnostic.

Mais si le doute ne peut être permis sur l'origine de la lésion cérébrale, quelle obscurité sur le reste, par exemple sur la nature et la topographie du processus ! S'est-il effectué primitivement ou consécutivement dans le cerveau ? Provenait-il des méninges ou de la boîte crânienne ? Consistait-il en une tumeur circonscrite ou en une hyperplasie diffuse quoique limitée à certaines régions de l'hémisphère droit ? Où siégeait-il ? — Du côté gauche ; c'est tout ce que l'on peut affirmer.

Une localisation plus précise serait hypothétique. Tout au plus peut-on supposer que quelques circonvolutions du lobe antérieur gauche étaient particulièrement atteintes, que là se trouvait le foyer principal, et qu'il poussait quelques irradiations à travers la masse cérébrale en suivant le trajet des vaisseaux, de façon à atteindre les cellules ou les tubes nerveux qui président à la contractilité des muscles de la face et de l'avant-bras du côté droit. Mais où sont ces cellules et ces tubes, et comment ces irradiations ont-elles pu épargner les portions du cerveau où s'élabore la contractilité des muscles du bras correspondant, qui doivent être extrêmement voisines des premières ? Il faut confesser notre ignorance sur tous ces points, et il est probable qu'elle ne sera pas de longtemps dissipée puisque, la mort étant exceptionnelle dans ces sortes d'encéphalopathies, le cerveau ne peut être examiné.

V

Le pronostic de ces lésions est toujours très-grave. Si elles ne compromettent pas habituellement l'existence, elles donnent lieu à des infirmités incurables, contre les-

quelles toutes les médications spécifiques ou rationnelles sont impuissantes.

L'iodure de potassium, que j'avais administré dès le début à dose élevée, n'a pas produit une amélioration assez décidée et assez rapide pour qu'on doive lui faire honneur de l'amendement progressif que la marche naturelle de l'affection aurait peut-être déterminé à elle seule. — Il arrive un moment où l'état du malade reste stationnaire. Vous aurez beau continuer l'usage du sel seul, ou le combiner avec l'hydrargyre, suspendre les deux médicaments, puis y revenir, les manier de toutes les façons qu'il vous plaira d'imaginer, vous n'aboutirez à aucun résultat. Et si vous constatiez une légère amélioration, ne vous y fiez pas. Les symptômes des encéphalopathies présentent, alors même que le foyer du mal est éteint, des alternatives de mieux et de plus mal dont on ne peut s'expliquer la cause, mais qui sont certainement, ainsi que j'ai pu m'en convaincre bien des fois, indépendantes de la médication spécifique.

Il y a actuellement quatre années que le malade a la syphilis. Depuis l'attaque d'encéphalopathie il ne lui est survenu, dans aucune partie du corps, une manifestation syphilitique quelconque.

OBSERVATION III.

Syphilose unilatérale et circonscrite de la base du crâne du côté droit.

Chancre infectant après un mois d'incubation. — Accidents secondaires légers.

Au quatrième mois du chancre, hémiplegie et névralgie faciales droites. — Diplopie. — Hémiplegie du voile du palais.

Névralgie cervico-occipitale.

Guérison.

I

Dans l'observation suivante, les accidents nerveux, qui dépendaient évidemment d'une lésion matérielle de la base du cerveau ou du crâne, ont été très-précoces, puisqu'ils sont survenus au quatrième mois de l'intoxication syphilitique, en même temps que les manifestations cutanées et muqueuses de la première poussée. Chose remarquable, il n'y a pas eu de prodromes. L'attaque a été aussi brusque qu'inattendue. La forme névralgique de l'affection a pris d'emblée des proportions insolites qu'il est rare de rencontrer au même degré dans les lésions de la masse encéphalique. La paralysie n'affectait que le groupe des muscles placés sous la dépendance du nerf facial. Quelques moteurs de l'œil ont été aussi atteints, mais beaucoup moins. Les fonctions cérébrales proprement dites sont restées intactes.

M. Félix B. . . . , âgé de 45 ans, menuisier, entré dans mon service à l'hôpital du Midi, le 12 mai 1869, salle 6, n° 12, jouissait habituellement d'une bonne santé, et n'avait jamais eu aucune maladie vénérienne, lorsqu'il s'aperçut, le 1^{er} janvier 1869, de l'existence d'un chancre situé sur le gland, et survenu un mois après le dernier coït. Le chancre, qu'on traita à la consultation de l'hôpital, fut compliqué de balanite et de phimosis. On donna dès le début des pilules de protoiodure.

Ce malade est vigoureusement constitué et d'un tempérament sanguin. Je ne découvre dans ses antécédents aucune trace de maladie constitutionnelle. C'est sans cause externe appréciable et sans autre cause interne que la maladie syphilitique dont il est atteint, qu'il fut pris subitement, dans la nuit du 28 avril (cinquième mois de la

contamination, quatrième de l'apparition du chancre), de douleurs excessivement vives partant de l'oreille droite et rayonnant dans tout le côté correspondant de la face et du cou. En se réveillant, il s'aperçut qu'il avait une déviation complète des traits à gauche ; il lui était en outre impossible de fermer les paupières de l'œil droit. Aucun prodrome local ou général n'avait annoncé l'invasion de ces accidents douloureux et paralytiques qui atteignirent du premier coup leur summum d'intensité. Ils diminuèrent un peu dans les huit premiers jours ; ils sont restés stationnaires depuis.

Les douleurs névralgiques, constituées par une souffrance continue sur laquelle se détachent des élancements paroxystiques, n'ont pas cessé depuis le début et ont toujours présenté la même étendue et la même intensité. Le malade est soumis à un traitement mixte ; il prend tous les jours 0,06 c. de protoiodure et 1 gr. d'iodure de potassium.

II

Le 30 mai (sixième mois de la contamination, cinquième de l'apparition du chancre, premier de l'hémiplégie), je constatai l'état suivant : Induration diffuse du sillon balano-préputial à droite ; adénopathie inguinale peu développée et égale des deux côtés ; roséole érythémateuse au déclin, très-peu accusée sur le tronc ; ganglions cervicaux un peu indurés ; croûtes dans les cheveux. Plaques muqueuses ulcérées sur l'amygdale droite ; plaques opalines sur la gauche. Pas de douleurs dans les membres.

Névralgie faciale. — Le malade éprouve une douleur continue, un engourdissement vague répandu dans le côté droit de la joue et du crâne et des irradiations douloureuses partant de la tempe, immédiatement au-des-

sus de l'oreille et rayonnant en éventail depuis la nuque jusqu'à l'œil. Ces élancements se reproduisent peut-être 100 fois dans les 24 heures, à des intervalles assez réguliers. La nuit, et surtout lorsque la chaleur du lit se fait sentir, les élancements deviennent beaucoup plus violents et causent de l'insomnie. Pas d'étourdissements ni d'éblouissements; pas de convulsions dans les muscles de la face. Iris normalement contractiles; sensibilité à la pression de la peau de tout le côté droit. — Points douloureux : *Temporal*, à 2 centimètres en avant et au-dessus de l'œil; *pariétal*, à 3 travers de doigt de la ligne médiane; *sous-orbitaire* et *post-auriculaire*. Pas de rougeur de la conjonctive; sensibilité au contact du froid égale des deux côtés. Aucun phénomène de sensibilité anormale du côté des lèvres, de la langue, de la muqueuse nasale.

Hémiplégie faciale. — Hémiplégie du voile du palais très-nettement accusée à droite, avec déviation à gauche de la luette à l'état de repos, et sa traction du même côté dans les mouvements qui mettent en évidence l'inertie complète de tous les muscles de la moitié droite du voile du palais. Rien d'anormal dans les mouvements de la langue. Paralyse complète des lèvres et de la joue droites; paralyse incomplète de l'orbiculaire des paupières. Vue trouble en regardant en bas, en dehors et à droite.

La médication spécifique n'a produit jusqu'ici aucune amélioration. Etat stationnaire. Aucun signe de périostose péricrânienne circonscrite ou diffuse. (2 gr. iodure de potassium, 0,06 c. de prod. d'hydr.)

Le 27 juin, comme les douleurs névralgiques nocturnes ne diminuaient pas, je prescrivis les pilules de Méglin, à prendre dans l'après-midi.

Le 4 juin, les douleurs lancinantes avaient, au dire du malade, diminué de moitié; mais les douleurs sourdes et continues n'avaient pas changé. Depuis hier, le nerf sous-

occipital, du côté gauche, est le siège de douleurs lancinantes qui, partant de la nuque, aboutissent jusqu'à une ligne transversale unissant les deux oreilles, et ne se propagent ni dans le front ni dans la tempe.

Les troubles de la motilité sont moindres ; déviation moins considérable des traits. Le malade peut surtout mieux ramener les aliments sous les dents et ne laisse plus échapper l'air par les lèvres. Sommeil meilleur.

Les ulcérations des amygdales se cicatrisent. Il n'existe aucune lésion de la sensibilité et de la motilité dans les autres parties du corps.

III

Le 2 juin (trente-neuvième jour de l'hémiplégie), le nerf sous-occipital du côté droit est devenu douloureux ; maintenant les irradiations partent en arrière des deux côtés de la nuque et s'élèvent vers la partie supérieure du crâne jusqu'à la ligne transversale bi-auriculaire ; elles sont exaspérées par la pression au-dessous de la ligne courbe occipitale supérieure et sur la partie postérieure des pariétaux, de chaque côté de la ligne médiane. La névralgie temporaire a diminué ; plus d'accès nocturnes. — Déviation des traits moins prononcée. Vision trouble seulement quand le malade regarde avec les deux yeux en bas, à droite et en dehors. Ce phénomène ne se produit pas quand c'est l'un des deux yeux seul qui regarde, que ce soit le droit ou le gauche. (On supprime les pilules de Méglin. — Même traitement.)

Le 11 juin (quarante-troisième jour de l'hémiplégie), le mieux continuait. Le 12, vers 8 heures du soir, les douleurs occipito-pariétales sont revenues avec une grande intensité. Les irradiations parties de la nuque aboutissent toujours à deux points pariétaux symétriquement situés

de chaque côté de la ligne médiane. La pression sur ces points augmenté la douleur; mais c'est surtout la chaleur du lit qui produit cet effet. Le malade se soulage en faisant des ablutions sur la tête avec de l'eau froide. — Déviation encore très-notable des traits. Les mouvements de l'orbiculaire droit sont revenus; ils sont moins vifs que ceux du côté gauche.

Les ulcérations de la gorge sont cicatrisées. Encore un peu de déviation de la luette. Santé générale excellente. (Même traitement.)

Dans les derniers jours de juin, il survint des alternatives de mieux et de plus mal dans la névralgie cervico-occipitale et un mieux continu dans l'hémiplégie et la névralgie temporale du côté droit.

IV

Le 29 juin (septième mois de la contamination, sixième de l'apparition du chancre, deuxième de l'hémiplégie), les traits étaient encore déviés; mais les paupières de l'œil droit se rapprochaient facilement et la mastication n'était plus gênée. Comme le trouble de la vision ci-dessus mentionné persistait toujours, je priai M. le docteur Galezowski de vouloir bien examiner les yeux. Cet habile ophtalmologiste ne découvrit rien dans les milieux de l'œil; mais en faisant regarder par les deux yeux, simultanément et à travers un verre coloré, la flamme d'une bougie placée en bas, en dehors et à droite, l'image parut double et superposée au malade. C'était un léger degré de diplopie ne se décelant que quand un verre coloré atténuait l'intensité des rayons lumineux. La vue était toujours nette avec un œil et trouble avec les deux yeux quand ils regardaient en bas, en dehors et à droite.

Le malade sortit de mon service le 6 juillet. L'hémiplégie

faciale n'était pas complètement guérie. — Mêmes troubles de la vision. Persistance de douleurs qui, partant de la ligne courbe occipitale supérieure, se dirigent obliquement en avant et en haut, et vont rejoindre d'autres douleurs paroxystiques temporo-pariétales bilatérales. Elles sont toujours nocturnes. L'accès dure habituellement de minuit à une heure. Il y a quelquefois deux accès par nuit. L'état général est excellent. — Toutes les manifestations syphilitiques cutanées et muqueuses ont disparu.

Je n'ai pas revu ce malade.

V

Ici, comme dans les deux observations précédentes, les accidents nerveux sont survenus au début d'une syphilis dont les manifestations cutanées et muqueuses d'une nature très-bénigne autorisaient un pronostic favorable. Ils n'ont pas eu sans doute autant de gravité, puisque le cerveau a été respecté et que quelques nerfs seulement de la base ont été atteints. Néanmoins, l'affection nerveuse a été très-douloureuse ; la paralysie faciale a duré plus de deux mois, et elle n'était pas entièrement guérie lorsque le malade est sorti.

Essayons de nous rendre compte de la lésion d'après l'analyse des symptômes. — Tous les muscles animés par le facial ont été paralysés. C'est donc ce nerf qui a été atteint, et il faut qu'il l'ait été à son origine même, car la moitié droite du voile du palais était, comme les muscles de la face, frappée de paralysie. Les déviations de la luette, conséquence de la paralysie du palato-staphylin, ne se produisent en effet, ainsi que l'a établi le professeur Longet, que lorsque la cause paralysante porte sur l'origine du nerf facial ou sur le trajet qu'il parcourt, jusqu'à l'hiatus de Fallope.

On observe quelquefois, rarement il est vrai, des paralysies faciales qui tiennent, non plus à une lésion du nerf, mais à quelque affection cérébrale, surtout à une hémorrhagie ou à un ramollissement. En pareil cas la paralysie n'est presque jamais rigoureusement limitée à la face, elle envahit à un plus ou moins haut degré quelque autre partie du corps; il existe de l'obtusion des facultés intellectuelles, de l'affaiblissement de la mémoire, de l'embarras dans la parole, etc. Enfin on découvre un ensemble de phénomènes cérébraux, parfois très-légers sans doute, mais d'une valeur diagnostique très-grande. D'ailleurs, dans l'hémiplégie faciale de cause cérébrale, il est fort rare que la contractilité de l'orbiculaire des paupières soit compromise.

VI

On peut donc affirmer que chez notre malade il existait une lésion siégeant sur le trajet de la portion intracrânienne de la septième paire. Mais était-elle limitée à ce point seul? Non, attendu qu'il existait, outre l'hémiplégie faciale, une paralysie de quelques-uns des moteurs de l'œil droit. Il y avait aussi des accidents névralgiques disséminés sur une grande étendue de la moitié droite du crâne.

La diplopie ne se produisant que lorsque le malade regardait en bas, à droite et en dehors, il en faut conclure que le parallélisme des axes visuels ne pouvait se maintenir pendant cette action combinée des deux yeux, qui exige d'une part la contraction du muscle petit oblique de l'œil gauche, et d'autre part la contraction du muscle grand oblique de l'œil droit. Or, comme le petit oblique est animé par une branche du moteur oculaire, et qu'il n'existait à gauche aucune trace de la paralysie de ce muscle, on doit en induire que la diplopie résultait de la paralysie du muscle grand oblique du côté droit. — Ce muscle est ani-

mé par un nerf spécial, le nerf pathétique ou nerf de la 4^e paire, qui lui est exclusivement destiné. Il prend naissance vers le sommet de la valvule de Vieussens, contourne la protubérance, passe au-dessous des pédoncules cérébraux et s'engage dans l'épaisseur de la paroi externe du sinus caverneux, au-dessus de l'ophtalmique, en dehors du moteur oculaire externe.

Il se trouve donc assez éloigné de la portion intracrânienne du facial, tandis qu'il affecte des rapports très-étroits avec le nerf de la cinquième paire, et principalement avec sa branche ophtalmique. Or, comme les névralgies temporo-pariétales et occipitales qui sont survenues en même temps que la paralysie, et ont persisté aussi longtemps qu'elle, ne peuvent être attribuées qu'à une lésion du trijumeau qui distribue la sensibilité à toute la face et à une grande partie du crâne, il est permis de supposer qu'un second foyer morbide s'était développé au voisinage de l'origine de la cinquième paire, ou un peu plus loin du côté du sinus caverneux, englobant simultanément et le nerf pathétique et la branche ophtalmique du trijumeau.

Pour se rendre compte des irradiations douloureuses survenues en dernier lieu dans la région occipito-pariétale du crâne, il n'est pas nécessaire d'admettre l'existence d'un troisième foyer morbide situé vers la partie supérieure de la moelle épinière, à la naissance des quatre premiers nerfs cervicaux dont les anastomoses constituent le plexus cervical, et qui fournit par ses branches postérieures la sensibilité à la nuque et à la région occipitale du crâne. — Rien n'est commun, dans la névralgie du trijumeau, comme l'extension des douleurs vers la région occipito-cervicale, de même qu'on voit fréquemment les douleurs qui suivent le trajet des nerfs cervicaux en franchir le domaine, et, au lieu de s'arrêter à la région pariétale, gagner le frontal et les autres branches du trijumeau. Cet échange

et cette propagation d'irradiations douloureuses entre les nerfs cervico-occipitaux et les branches de la cinquième paire sont si habituelles dans ces sortes de névralgie, que Bérard englobait la névralgie cervico-occipitale dans le *tic douloureux*. — La seule lésion du trijumeau peut donc expliquer les douleurs qui existaient chez le malade dans la région cervico-pariétale.

VII

Est-il possible de préciser plus que je viens de le faire le diagnostic anatomique ? Peut-on localiser plus étroitement la lésion ? dire si elle s'est développée primitivement dans les trois nerfs intéressés, ou si elle ne les a envahis que secondairement ? fixer son point de départ, sa forme, son étendue, sa nature, son processus, etc., etc. ? Non, si l'on ne veut pas s'égarer dans des hypothèses sans fin qu'aucune circonstance morbide ne justifie.

Tout ce qu'on peut avancer, c'est que cette lésion, hyperplasique sans doute, comme la plupart de celles qui surviennent pendant les premières phases de la syphilis, n'a manifesté aucune tendance envahissante, n'a attaqué ni les méninges, ni le cerveau, et est restée confinée pendant toute sa durée soit sur les nerfs eux-mêmes, soit dans leur voisinage.

Un fait qui m'étonne et que je ne puis expliquer, c'est le début brusque de cette affection. On ne peut admettre cependant que la lésion qui l'a produite se soit développée en une nuit. Elle a évolué comme toutes les lésions analogues, c'est-à-dire qu'elle a dû présenter une période de progrès, d'état et de déclin. Comment se fait-il que la période de progrès soit restée latente et que le désordre fonctionnel, au lieu d'être progressif, soit arrivé d'emblée à son summum d'intensité ?

Les douleurs névralgiques ne sont pas rares au début de la syphilis ; c'est quelquefois par elles seules que se manifeste l'intoxication syphilitique, avant d'avoir touché la peau ou les muqueuses. J'ai observé un cas où l'explosion de ces accidents nerveux a été formidable ; aux douleurs, se joignaient de la paralysie et des convulsions. Il trouve ici sa place, et je crois qu'il ne sera pas inutile de le comparer au précédent. Une névralgie scapulo-humérale, et une névralgie céphalique, d'une horrible intensité, de l'affaiblissement musculaire, du trismus, etc., survinrent après quelques légers prodromes, un mois environ avant l'apparition d'une syphilide papuleuse, qui révéla la nature de ces accidents. Voici le fait :

Mademoiselle Maria B....., âgée de 24 ans, se portait très-bien, lorsqu'elle fut prise, sans cause connue, vers les derniers jours du mois de juillet 1868, d'inappétence, de lassitude, de faiblesse générale.

Le 1^{er} août, il lui survint une douleur vive dans l'épaule droite, accompagnée d'une sensation de pesanteur énorme dans tout le membre supérieur correspondant. Cette douleur se propageait le long du bras et de l'avant-bras, jusqu'à l'extrémité des doigts, et déterminait de l'engourdissement dans tous les muscles du membre. Elle se produisait sous forme paroxystique, mais persistait cependant dans l'intervalle des accès. Elle avait toutes les allures d'une névralgie scapulo-brachiale. L'affection ne siégeait pas dans les jointures ; elle paraissait occuper plutôt les nerfs que les muscles ; aucun cordon nerveux n'était atteint spécialement. Les fonctions musculaires du membre furent compromises, au point que la malade ne pouvait plus tenir une cuillère pour la porter à sa bouche. Les doigts et la main étaient tuméfiés par une sorte d'œdème uniformément distribué dans tout le tissu cellulaire de la région.

Les pilules de Méglin, les topiques calmants, ne produi-

sirent aucune amélioration. Cette cruelle névralgie persista avec la même intensité pendant trois semaines.

Elle durait encore, lorsque le 15 août la malade fut prise de douleurs dans la tête encore plus atroces que celles du bras. Elles occupaient surtout le sommet de la tête et s'irradiaient de là dans toutes les directions, principalement dans les oreilles et dans les dents. Elles étaient égales des deux côtés, et plus violentes la nuit que le jour. Au plus fort des paroxysmes, elles déterminaient quelquefois une sorte de trismus. Elles durèrent pendant près de six semaines. Le médecin qui donnait des soins à mademoiselle B.... lui faisait chaque soir des injections sous-cutanées avec une solution de morphine. Les douleurs se calmaient un peu, et il survenait sur tout le corps une abondante transpiration pendant la nuit, particulièrement sur la tête et sur la figure. Grande faiblesse, inappétence. Etat général d'une maladie grave.

Tel était l'état des choses, lorsque, le 8 septembre (38 jours après l'invasion des douleurs), des taches se montrèrent au menton, autour de la bouche, sur le front, dans les mains, sur le corps, etc. La malade, effrayée de cette éruption, se souvint que son amant, parti pour l'Amérique depuis deux ou trois mois, se faisait soigner par M. Ricord. Elle va le consulter. La syphilis n'était plus douteuse. M. Ricord lui prescrivit deux pilules de protiodure. Aucun bouton, aucune douleur du côté des organes génitaux n'avait mis jusqu'alors la malade sur la voie du diagnostic.

La syphilis fut tenace, mais plus sévère dans ses débuts que plus tard. Syphilide érythémato-papuleuse, plaques muqueuses, etc. Peu à peu le traitement fit justice des poussées successives, et la santé générale se rétablit. Chose curieuse, mademoiselle B...., qui ne voyait, avant d'avoir la syphilis, ses règles que trois ou quatre fois par an, de-

vint très-régulièrement menstruée dès le début de la maladie constitutionnelle, et le fut toujours dans la suite.

N'est-ce pas là un bel exemple des perturbations profondes que produit parfois dans le système nerveux l'empoisonnement syphilitique, avant de manifester son action sur d'autres systèmes? Convenons de notre ignorance complète relativement à la cause matérielle de ces singuliers désordres. Si dans le cas précédent il y avait toutes sortes de raisons pour affirmer l'existence d'une lésion organique, oserait-on le faire ici?

(A suivre.)

RECHERCHES SUR LES ALTÉRATIONS DE LA SENSIBILITÉ DANS LES AFFECTIONS DE LA PEAU, par le Dr H. RENDU, interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris.

(Suite et fin.)

Si différent que soit le pemphigus (1) du purpura en tant qu'éruption, il mérite d'en être rapproché par bien des analogies. Il est peu d'affections cutanées, en effet, hors le zona, qui présentent des connexions plus manifestes avec le système nerveux. Son mode de début, les phénomènes qui l'accompagnent, la fréquence des complications viscérales et du délire, montrent surabondamment qu'il ne s'agit pas d'une simple maladie de la peau, mais d'une affection plus générale et plus profonde.

L'éruption bulleuse est loin d'être le phénomène initial qui frappe l'observateur. Depuis Gilibert, qui le premier a mis en lumière ce fait clinique, tous les auteurs qui ont écrit sur le pemphigus notent, avant l'éruption, une période prodromique plus ou moins longue, dans laquelle les malades sont souffrants, fatigués, en proie souvent à un accablement, à un malaise considérable. Tantôt ce sont des sensations subjectives, des démangeaisons persistantes qui tourmentent les malades, des fourmillements, des picotements qui entraînent l'insomnie, sans que la peau pré-

(1) J'ai surtout en vue dans cet article le pemphigus chronique grave, à petites bulles; je n'ai pas vu suffisamment de cas de pemphigus foliacé pour le comprendre dans la même description.

sente aucune modification appréciable. Tantôt surviennent des frissons, de la fièvre, soit continue, soit par accès paroxystiques, comme dans la névralgie la plus franche.

Chez un malade de M. Guibout (1) les symptômes prurigineux s'étaient manifestés quatre mois avant son entrée à l'hôpital, en gagnant successivement les extrémités inférieures, puis les cuisses, les mains, les avant-bras, le tronc. Dans l'observation II de la thèse de M. Saintorens (2), des douleurs lombaires très-violentes, une véritable rachialgie, avec irradiations vers les cuisses et le périnée, avaient ouvert la scène, huit jours avant l'éclosion d'une seule bulle. D'autres fois, c'est au second, au troisième paroxysme fébrile que se voient les premières phlyctènes. En un mot, quel que soit le mode de début qu'affecte l'éruption, un fait ressort de toutes les observations : c'est la constance des phénomènes prémonitoires, et surtout des symptômes douloureux qui précèdent toute manifestation du côté de la peau.

La disposition de l'éruption est non moins caractéristique. Ici encore, nous retrouvons, à un degré plus ou moins prononcé, cette symétrie sur laquelle j'ai déjà tant de fois insisté, et qui plaide, selon moi, si fort en faveur d'une origine nerveuse centrale. C'est d'abord un érythème qui apparaît, puis des bulles d'inégale grandeur, isolées ou confluentes, quelque chose qui rappelle le zona. Or, ces plaques d'érythème et ces bulles ne sont pas jetées au hasard ; elles ont des sièges de prédilection : les pieds et les mains, la racine des membres, le pourtour des articulations (3). A cette période également correspondent des perturbations profondes de la sensibilité de la peau : plu-

(1) *Un. méd.*, 1869, p. 506.

(2) Saintorens, 1867, n° 133, th. Paris.

(3) Saintorens, obs. I. — Guibout, fait précité. — Baggio, thèse, 1864, etc.

sieurs auteurs ont noté, au voisinage des bulles, une hyperesthésie considérable, une sensation de brûlure qui arrache souvent des cris aux malades ; il s'y joint parfois, comme dans le zona, de l'analgésie par places, ce qui vient confirmer, d'une manière bien remarquable, l'analogie de ces deux ordres d'éruptions ; le zona, affection douloureuse mais circonscrite, localisée à un département limité du système nerveux, d'un pronostic bénin ; le pemphigus, affection diffuse, étendue à tout l'axe rachidien, amenant rapidement l'épuisement de l'organisme, et souvent d'un pronostic fatal.

Les troubles viscéraux qui caractérisent la deuxième période du pemphigus sont aussi des phénomènes de même ordre. Le vomissement, si souvent d'origine nerveuse, même dans les cas où il reconnaît pour cause immédiate une lésion de la muqueuse gastrique, est un accident qui manque bien rarement dans les pemphigus graves. Le délire, l'ataxie, la carphologie, relèvent de la même cause et dominent la scène dans les derniers jours de la maladie. A ce moment, les bulles cessent en général de se développer avec autant de confluence : elles s'affaissent, prennent une couleur grisâtre et laissent parfois des ulcérations de mauvaise nature, en sorte que les manifestations nerveuses semblent quitter les parties superficielles pour devenir de plus en plus viscérales.

On a invoqué bien des mécanismes pour expliquer la mort dans le pemphigus : on a fait jouer un grand rôle notamment à la déperdition de sérosité produite par la rupture des bulles, qui agirait dans ce cas comme les grandes brûlures. Je ne saurais accepter cette interprétation. Que l'on compare ce que perd un malade atteint de suppuration chronique et ce que dépense de sérosité un individu affecté de pemphigus : cependant le premier peut vivre bien des mois, tandis que le pemphigus entraîne parfois la mort en

quelques semaines. Il y a donc autre chose qu'une simple déperdition périphérique; et si la comparaison est juste par quelques côtés entre le pemphigus et les grandes brûlures, c'est que l'une et l'autre de ces affections déterminent un épuisement nerveux considérable; les malades meurent alors, comme on l'a dit, d'hémorrhagie nerveuse. N'est-il pas plus simple, dès lors, d'admettre que, dans le pemphigus, le système nerveux central est directement intéressé, et que l'éruption cutanée n'est qu'une manifestation secondaire ?

On n'a pas trouvé jusqu'ici, il est vrai, de lésions à l'autopsie des individus morts de pemphigus; mais c'est là une raison qui n'a aucune valeur pour rejeter la nature nerveuse de la maladie. On a nié de la même façon l'origine nerveuse du tétanos, jusqu'au jour où Lockardt, Clarke et M. Charcot ont démontré la réalité des lésions spinales; on n'a vu dans le zona qu'un simple herpès, jusqu'au moment où Boerensprung et M. Charcot ont découvert une altération des nerfs et des ganglions spinaux postérieurs. Qui nous dit qu'un observateur, plus heureux ou plus habile que ses devanciers, ne trouvera pas à son tour une lésion analogue dans le pemphigus, dont l'évolution et les caractères ressemblent tant à certaines formes de zona ?

D'ailleurs, il faut bien le dire, jusqu'ici peu de recherches ont été faites dans ce sens. Les autopsies de pemphigus sont relativement fort rares, et, jusqu'ici, les investigations ont plutôt porté sur l'existence du pemphigus viscéral que sur les altérations possibles du système nerveux central. On a bien parfois examiné le cerveau, quand les malades avaient présenté du délire, mais cet examen a été fait à l'œil nu, et naturellement est resté toujours négatif. Dans cette voie, tout reste donc à faire.

Le seul cas de pemphigus chronique suivi de mort que j'aie eu l'occasion d'observer n'a malheureusement pu

être suivi d'autopsie, à cause de l'opposition de la famille ; je le regrette d'autant plus, qu'il présentait réunis, à un haut degré, tous les caractères d'une affection nerveuse. En voici le résumé :

OBSERVATION XXXIII. — Pemphigus à petites bulles, disposées d'une façon symétrique, surtout le long des membres. — Vomissements et troubles nerveux concomitants ; délire, mort.

Napoléon Ogez, âgé de 64 ans, courtier en bijoux, entré à l'hôpital le 5 mai 1873. C'est un homme vigoureux qui n'a jamais été malade.

L'affection pour laquelle il vient se faire soigner date de deux mois ; mais, plus de quinze jours auparavant, il avait déjà du malaise, de l'agitation et des démangeaisons continues par tout le corps. L'éruption commença d'abord aux jambes, par quelques bulles discrètes ; elle ne tarda pas à gagner les membres supérieurs.

Le jour de son arrivée, on constate une éruption de petites bulles de pemphigus, inégales, disposées par petits groupes à la façon des vésicules d'un herpès, et distribuées symétriquement dans les différentes régions du corps. C'est ainsi qu'elles sont confluentes, surtout à la racine des cuisses, vers leur face interne, au niveau de la verge, le long du creux axillaire et de la paroi thoracique. Des flots vésiculeux détachés se voient dans des points symétriques, à la face interne des bras et des jambes. L'aspect général de l'éruption ne saurait mieux être comparé qu'à un zona généralisé qui aurait eu plusieurs poussées successives : car il existe des groupes où les bulles sont encore pleines de sérosité, tandis que sur d'autres points elles sont croûteuses ou suppurées.

L'exploration de la sensibilité, au niveau des plaques de la cuisse, montre des perturbations assez profondes; c'est ainsi qu'au milieu de points uniformément hyperesthésiés, on en rencontre quelques-uns où la sensibilité tactile est obscure : la douleur est au contraire vivement perçue ; quant à la température, elle est mal appréciée. Aux aisselles, où les plaques sont plus récentes, les résultats sont plus uniformes. Il existe, en effet, une hyperesthésie excessive, non-seulement sur les groupes bulleux, mais sur une zone assez étendue de peau saine. Nulle part, à ce niveau, on ne rencontre de points anesthésiques ; au contraire, le moindre contact de l'aiguille provoque une sensation de chatouillement extrêmement pénible. (Poudre d'amidon, une pilule d'opium.)

Le 7 mars suivant, une nouvelle poussée de bulles sur la verge, au gland, sur les cuisses et à la voûte palatine.

Le 8, c'est aux bras et aux jambes que se développent les bulles les plus volumineuses, et il est à remarquer que l'aisselle et la cuisse droites sont beaucoup plus couvertes de phlyctènes que les parties similaires du côté gauche. L'hyperesthésie est toujours excessive, le contact des couvertures ne peut être toléré, les parties affectées sont le siège de douleurs spontanées et de sensation de brûlure. (2 grammes de bromure de potassium, pansement avec du liniment oléo-calcaire et de la ouate.)

Les jours suivants, loin de se calmer, l'éruption fait des progrès : il se reproduit perpétuellement de nouvelles vésicules, qui atteignent successivement les parties non encore malades ; le pouls devient très-fréquent et la température élevée, 40°. Le 12 mai, le malade commence à délirer par intervalles, et, à partir de ce moment, ce symptôme persiste jusqu'à sa mort.

Le 14 se déclare un frisson assez violent avec exacerbation fébrile : il coïncide avec l'apparition de plaques éry-

thémateuses analogues à de l'urticaire sur le dos des mains ; ces plaques sont hyperesthésiques.

Ces symptômes se poursuivent les jours suivants ; chaque fois le frisson est suivi d'une poussée d'érythème et d'une éclosion de bulles tantôt sur un point, tantôt sur un autre ; mais les bulles sont moins abondantes qu'au début. Pendant toute cette période, le traitement consiste en de fortes doses d'opium qui sont poussées jusqu'à 25 centigrammes d'extrait par jour. A ce prix seul le malade peut obtenir un peu de sommeil. Les démangeaisons sont également moins vives et l'éruption paraît en décroissance, mais le délire persiste et la faiblesse augmente.

Le 24 mai se voient pour la première fois des vomissements, qui se répètent toute la journée et une partie de la nuit. Ils recommencent le lendemain, malgré la glace et la potion de Rivière. Il ne se fait plus de nouvelles bulles.

Le 26 mai, les vomissements ont cessé ; il semble y avoir une rémission dans les symptômes : on remarque seulement une nouvelle plaque érythémateuse sur la face. Cette plaque est d'ailleurs très-fugitive et a disparu dans la soirée. A part un peu de somnolence, le malade se sent mieux, rien ne peut faire prévoir une fin prochaine. Cependant la mort survient dans la nuit même, presque subitement, après quelques instants d'angoisse, au milieu d'un subdelirium tranquille.

A côté de cette forme de pemphigus grave, qui évolue d'une façon continue, en s'accompagnant de symptômes fébriles intenses, je crois devoir placer une série d'affections rares et mal définies, qui ont été groupées dans la catégorie des pemphigus par la nature de leur lésion cutanée élémentaire, mais qui en diffèrent à bien des points de vue. Il s'agit de ces cas dans lesquels on voit, à la suite de névralgies, ou de douleurs plus ou moins vagues, éclore

des phlyctènes bulleuses, souvent purulentes, sur les extrémités des mains et des pieds, et cela pendant des mois et des années, sans que la santé générale paraisse sensiblement en souffrir. M. Bazin a donné une description du pemphigus arthritique chronique qui se rapproche par certains côtés de ces cas, mais la gravité du pronostic qu'il attribue à cette affection me fait hésiter à y rapporter les observations auxquelles je fais allusion. En voici quelques exemples :

Behse (1) rapporte l'histoire d'une femme de 33 ans, sujette à des troubles nerveux et à de l'hémicrânie, qui fut prise un certain jour de douleurs lancinantes et névralgiques à la face interne du doigt médium de la main droite. Le lendemain, la phalangette de ce doigt était tuméfiée, le surlendemain il s'y développa une phlyctène. Au moment où la cicatrisation de cette bulle était complète, de nouvelles douleurs survinrent, suivies cette fois de l'éclosion de plusieurs bulles purulentes ; cette évolution se répéta ainsi successivement trois fois pendant une quinzaine de jours. Behse considère le fait comme un trouble trophique consécutif à la névralgie du nerf médian.

Russell (2) cite une observation analogue, dans laquelle les accidents, au lieu de durer quelques jours, persistent des années entières. Il s'agit d'une femme de 23 ans, qui eut, au moment de sa première menstruation, une suppression complète des règles ; le lendemain, les premières bulles de pemphigus parurent. Depuis, presque perpétuellement, elle souffre d'éruptions bulleuses analogues, et cet état dure *depuis dix ans*, presque sans modification. Chacun des accès se caractérise par une sensation de douleur cuisante en un point du corps, et la peau demeure à ce

(1) Behse, *Petersburger medicinische Zeitschrift*, Bd XV, p. 321, 1869.

(2) Russell, *Medic. times and gaz.* octobre 1864, p. 54

niveau si sensible, que le contact des vêtements est intolérable. Puis, au bout d'un intervalle qui varie de quelques minutes à une heure, une tache rouge, légèrement surélevée, apparaît, et en quelques heures une bulle se développe au centre de l'érythème : elle ne tarde pas à devenir séro-purulente. En même temps que cette éruption, d'autres symptômes nerveux se sont montrés, tels que transpirations instantanées de la surface du corps, surtout des pieds et des mains, plaques congestives du côté de la face, et, malgré tous ces désordres, la santé reste bonne, les fonctions s'exécutent régulièrement, il n'y a ni sucre ni albumine dans l'urine.

J'ai tenu à citer ces faits, qui sont de véritables manifestations trophiques nerveuses, parce que s'ils s'écartent considérablement des cas de pemphigus que je rapportais tout à l'heure. En revanche, ils ressemblent presque absolument à un fait que j'ai vu cette année, et qui ne me semble pas susceptible d'une autre interprétation. Je demande la permission de le transcrire avec détail, parce que ce sont là des exemples d'affections encore mal connues, dont l'histoire est toute à faire.

OBSERVATION XXXIV. — *Eruptions successives de phlyctènes séro-purulentes aux mains et aux pieds, symétriques, avec fluxion œdémateuse et hyperesthésie concomitantes ; inefficacité de tous les traitements.*

Elisabeth M..., âgée de 28 ans, a tous les attributs extérieurs d'une belle santé. Elle a cependant éprouvé presque constamment des accidents nerveux, des palpitations assez habituelles ; elle paraît avoir eu des douleurs rhumatismales (?).

L'affection qui l'amène à l'hôpital date déjà de plus d'une

année, mais bien auparavant elle était sujette fréquemment, dit-elle, à des éruptions de « cloques sèches » avec rougeur, et gonflement des doigts de la main, apparaissant et disparaissant rapidement, qui semblent se rapporter à de l'urticaire. Depuis 12 à 15 mois, environ, cette éruption érythémateuse s'est compliquée de la présence de bulles séro-purulentes, en général de petites dimensions, et qui, au premier aspect, pourraient être prises pour de l'eczéma. C'est en effet sous ce nom qu'on avait d'abord envisagé l'éruption l'année dernière, mais au bout de quelque temps la marche spéciale des accidents fit rejeter ce diagnostic.

Au 10 janvier 1873, elle était depuis quatre mois dans le service, et les accidents n'avaient jamais varié dans leur évolution. Comme ils se sont montrés depuis, pendant les six mois que j'ai observé la malade, constamment avec les mêmes caractères, je vais décrire exactement les symptômes qui précédaient, accompagnaient et suivaient l'éruption bulleuse.

Tous les six ou sept jours, parfois plus souvent, plus rarement tous les quinze jours, la malade était prise d'une sensation de fatigue, de courbature générale; sa figure s'animait, elle éprouvait des maux de tête, et la température s'élevait quelquefois à 39° et 40°, en même temps que le pouls s'accélérait d'une façon extrême (120 à 140 puls.). Malgré cette augmentation de chaleur, elle se plaignait, dans ces moments, d'une sensation de froid périphérique. Il y avait donc perversion de la sensibilité, comme au premier stade des fièvres intermittentes, mais il n'y avait point de frisson véritable. Quelques heures après cette poussée fébrile, et presque instantanément, on voyait se produire une fluxion active aux extrémités des membres, surtout des membres inférieurs. Cette fluxion hyperémique se caractérisait par une rougeur vive, avec tension et battements douloureux dans les pieds et les jambes; elle res-

semblait absolument à la rougeur d'un érysipèle ou d'une angioleucite diffuse. L'érythème s'arrêtait de chaque côté au même niveau, et remontait environ jusqu'au tiers de la jambe : il ne dépassait guère cette limite. Aux membres supérieurs, il se bornait en général aux mains et aux poignets.

Sur la plaque érythémateuse, la sensibilité tactile et la sensibilité à la douleur étaient plus exaltées ; la température, au contraire, était moins bien appréciée que sur les parties normales. La peau était le siège de sensations de cuisson et de brûlure, qui succédaient à l'impression de froid du début.

En même temps que se montrait l'œdème douloureux, la malade était prise en général d'une sueur abondante, et à ce moment se produisait l'éruption caractéristique.

C'était une éclosion de phlyctènes, de grandeur et de forme irrégulières, disposées d'ordinaire par groupes, et de préférence le long de la face interne du pied, pour les membres inférieurs, à la paume des mains et sur les parties latérales des doigts, pour les membres supérieurs. Ce qui était constant et fort remarquable, chez cette malade, c'est que chaque poussée de bulles se faisait de chaque côté, aux points exactement correspondants, en sorte que l'éruption de droite était calquée sur celle de gauche. Les phlyctènes étaient parfois transparentes au début ; le plus souvent elles étaient d'emblée séro-purulentes, et elles arrivaient toujours très-vite à l'état de bulles purulentes. Leur réaction chimique était franchement alcaline. Ces bulles étaient fort douloureuses, et le travail de soulèvement de l'épiderme, surtout à la plante des pieds, empêchait absolument la malade de dormir. Au moment où se faisaient ces phlyctènes, la fièvre arrivait à son maximum, et il n'était pas très-rare de voir le pouls monter à 140 pulsations.

Au milieu de ces désordres, il était remarquable de voir

que la santé générale et l'embonpoint se maintenaient dans leur état normal ; l'appétit était seulement diminué.

Cette période d'état durait en général de 48 à 72 heures ; puis on voyait la surface érythémateuse pâlir, l'œdème se détendre, et la peau des extrémités inférieures se dépouiller en larges squames comme dans l'érysipèle ou la scarlatine ; les bulles devenaient croûteuses, et souvent continuaient à être soulevées par une nouvelle production de pus, comme dans le rupia. Puis tout rentrait petit à petit dans les conditions normales, sauf un peu d'empâtement qui persistait quelques jours, souvent jusqu'à nouvelle récédive.

Les choses ne se terminaient pas toujours aussi simplement ; à plusieurs reprises, il se faisait des complications de lymphangite aiguë : alors la malade était prise de frisson, la fièvre redoublait, et l'on voyait se dessiner à la face interne des bras, ou le long des cuisses, des empâtements considérables dans la direction des vaisseaux lymphatiques. Ordinairement, sous l'influence d'onctions mercurielles, ces empâtements entraient assez facilement en résolution, mais d'autres fois la suppuration s'y produisit, et l'on dut ouvrir ainsi deux fois des abcès axillaires et susépitrochléens.

Cette singulière affection garda constamment les mêmes allures depuis le mois de janvier jusqu'au mois de juillet. La seule amélioration qu'on remarqua fut que les poussées bulleuses revenaient plus rarement dans les derniers mois, mais la malade quitta l'hôpital non guérie. Les éruptions se reproduisaient sous toute espèce d'influence et sans aucune régularité, parfois plusieurs jours de suite ; à l'époque menstruelle, la poussée était manifestement plus forte que dans l'intervalle.

On éproua, sans aucun bénéfice, tous les moyens de traitements locaux et généraux, y compris les nervins et le bromure de potassium.

III

J'espère avoir démontré, dans les pages qui précèdent, la nature nerveuse de certaines affections cutanées, telles que les pemphigus et le zona, et donné des arguments à l'appui de l'influence probable du système nerveux sur la production d'autres éruptions, telles que le purpura simple, l'eczéma, certains psoriasis. Je voudrais maintenant répondre à cette question, qui se pose naturellement : Les affections cutanées, en tant que manifestations nerveuses, dépendent-elles d'une lésion centrale de la moelle ou d'une lésion périphérique des nerfs ?

Dans l'état actuel de nos connaissances sur l'anatomie et la physiologie de la peau, c'est là un problème qui me paraît insoluble, puisque nous ignorons presque complètement l'anatomie pathologique des affections cutanées et les altérations des extrémités terminales des nerfs dans les papilles du derme. Je me contenterai donc de discuter en quelques mots les probabilités pour ou contre la théorie d'un point de départ central.

Il y a d'abord une première catégorie de faits sur la nature desquels il ne peut s'élever aucun doute, et qui tiennent bien évidemment à une lésion périphérique des nerfs. Ce sont les zonas qui surviennent à la suite des traumatismes par le fait de contusion ou de piqure des troncs nerveux. Cette cause a été bien mise en relief par les chirurgiens américains dans la guerre de la sécession, et je me contente de la signaler, renvoyant à l'ouvrage de M. Weir-Mitchell pour de plus amples détails.

En regard de ces faits, il y en a d'autres, au contraire, pour lesquels l'origine centrale de l'éruption est indiscutable. C'est à Brown-Séquard et à M. Charcot surtout que

l'on doit la connaissance exacte de ces accidents, qui surviennent dans le cours des maladies organiques du système nerveux, et particulièrement de la moelle épinière.

MM. Mougeot et Couyba ont suffisamment insisté sur ces faits, que M. Charcot a groupés dans ses leçons sur les affections nerveuses, pour que je me borne à les rappeler. Ces troubles trophiques, comme on sait, se caractérisent par des érythèmes fugaces, symétriques, des éruptions vésiculeuses ou bulleuses, quelquefois même des lésions qui simulent l'eczéma. J'ai vu cette année deux cas de ce genre : le premier, chez un malade atteint de myélite chronique cervicale due à abcès par congestion des premières vertèbres du cou ; dans le courant de sa maladie, il présenta pendant six jours consécutifs un œdème douloureux accompagné d'érythème sur le dos du pied, dans la circonscription des quatre derniers orteils ; des deux côtés le premier orteil était intact. Chez un autre malade atteint d'hémorrhagie cérébrale, deux jours avant la mort, survinrent, du côté paralysé, des bulles de pemphigus. C'est maintenant une notion clinique courante que ces troubles sont fréquents dans l'ataxie locomotrice, et généralement dans toutes les myélites qui intéressent les régions postérieures de la moelle ; on les a même signalés dans les myélites aiguës, et M. Dujardin-Beaumetz en cite des exemples. Dans la dernière épidémie de méningite cérébro-spinale qui sévit à Dublin, Grimshaw (1) rapporte également des faits d'herpès et de pemphigus survenus dans le cours de la maladie.

Il ressort de toutes les observations publiées, que les éruptions trophiques sont le plus souvent vésiculeuses et bulleuses ; j'ajouterai qu'elles se caractérisent habituellement aussi, comme le zona et le pemphigus idiopathiques, par de l'hyperesthésie aux points affectés.

(1) Grimshaw, *Journ. of cutaneous medicine*, n° 3, p. 37.

Entre ces deux catégories d'affections cutanées, bien différentes au point de vue du mécanisme de leur formation, se placent les affections communes dans lesquelles le système nerveux me semble jouer un rôle important. Mais il est beaucoup plus difficile de préciser dans quelle mesure. Par analogie, on peut supposer que le zona spontané, qui, au point de vue de sa distribution et de ses symptômes fonctionnels, n'offre aucune différence avec le zona traumatique, reconnaît comme lui une cause périphérique ; de même, par contre, il est difficile de ne pas admettre que ces eczémas symétriques, qui occupent pendant des mois ou des années les parties similaires des membres, ont leur point de départ dans une modification quelconque des centres nerveux qu'il reste à découvrir.

Relativement à ce dernier point, les notions que nous possédons sur la transmission des impressions sensitives, il faut bien le dire, ne sont pas très-favorables à l'idée de l'origine centrale des dermatoses. Il est d'observation vulgaire, en effet, que l'anesthésie ne suit pas exactement la circonscription des paralysies motrices, et cela se conçoit aisément, si l'on se reporte à la façon dont la moelle conduit les sensations périphériques. Il faut une lésion très-considérable de la substance grise pour interrompre la continuité des impressions sensitives ; au contraire, les conducteurs du mouvement sont bien définis, et leur lésion entraîne des paralysies localisées. Lors donc que nous voyons dans une éruption cutanée symétrique des troubles de la sensibilité appréciables, nous ne sommes pas en droit d'en conclure que l'axe gris de la moelle est intéressé. Comme d'autre part l'hypothèse d'une altération de la peau, exclusivement périphérique, ne concorde pas avec la disposition symétrique de l'éruption, il paraît rationnel d'admettre par exclusion que la lésion nerveuse, si elle existe, porte sur les ganglions spinaux

postérieurs, et qu'elle intéresse, au voisinage de leur origine, mais non pas dans la moelle même, les nerfs périphériques. Je rappelle à ce sujet que les autopsies de zona qui ont donné des résultats positifs (Charcot, Boerensprung) ont montré des lésions localisées dans le système ganglionnaire postérieur. Il est bien évident, du reste, que ce n'est là qu'une hypothèse qui m'est suggérée par l'analyse des faits, et que la question doit être entièrement réservée.

Pour montrer la difficulté extrême qui s'attache à la solution du problème, je prendrai pour exemple (et ce seront les considérations par lesquelles je terminerai ce travail) une maladie qui est très-probablement due à des lésions profondes du système nerveux ; je veux parler de la lèpre.

Dans cette affection, comme dans les myélites chroniques, on voit se produire des éruptions bulleuses, des zones d'hyperesthésie et d'anesthésie, des atrophies musculaires qui ne peuvent laisser de doute sur l'existence de lésions nerveuses. Mais la difficulté commence quand on cherche à en préciser le siège. M. Lamblin, qui a fait des recherches anatomiques très-complètes sur les tubercules de la lèpre, est cependant fort affirmatif : pour lui, à l'exemple de Virchow, il n'existe pas primitivement une altération de la moelle ; il s'agit toujours d'une lésion périphérique du nerf, due à un épaississement de la gaine du périnèvre. Cette périnévríte est elle-même la conséquence du tissu nouveau qui s'infiltré dans les mailles du derme et forme le tubercule lépreux. Tout cela semble net, précis et sans appel. Mais la conséquence logique de cette disposition anatomique est que l'anesthésie ne devrait être nulle part plus considérable qu'au niveau des tubercules. Or, il n'en est rien, et souvent les plaques tuberculeuses sont douées de sensibilité presque à l'égal des parties saines (1). C'est au

(1) Lamblin, Mémoire cité, obs. III.

contraire dans la forme maculeuse de la lèpre que l'anesthésie est le plus considérable, là où l'examen direct ni l'examen microscopique, je crois, n'ont jamais fait voir la moindre infiltration de tissu lépreux dans le derme. L'observation VIII de la thèse de M. Lamblin est encore plus concluante, puisque les membres inférieurs, *dépourvus de taches et de macules*, parfaitement normaux en apparence, étaient nettement anesthésiques. Ce sont là des anomalies qui se contredisent, et qui font involontairement penser à un point de départ central. D'ailleurs, l'existence d'atrophies (et d'atrophies ordinairement bilatérales, comme dans l'observation que j'ai citée) peut être aussi bien le fait d'une lésion atrophique des cellules des cornes antérieures de la moelle, que le résultat d'une destruction périphérique des nerfs. Ces altérations ont été vues par Danielsen et Boeck, qui ont rencontré plusieurs fois la moelle malade dans leurs autopsies de lépreux. On n'est donc point autorisé à rejeter l'hypothèse de lésions centrales nerveuses dans la lèpre, même quand les symptômes observés semblent uniquement dépendre d'altérations cutanées périphériques.

Ces altérations périphériques des nerfs de la peau, lorsqu'on les rencontre, n'indiquent même pas toujours que le siège de la maladie est exclusivement local. Dans le mémoire fort intéressant de MM. Duplay et Morat (1) sur l'ulcère perforant du pied (si fréquent chez les lépreux), il est dit que l'on trouve constamment de la névrite et de la péri-névrite autour de l'ulcération, mais ces lésions sont secondaires, elles ne se montrent pas non plus dans toute la zone d'anesthésie plantaire. Sans se prononcer absolument, M. Duplay incline à penser que c'est dans la moelle, ou à la racine de gros troncs nerveux, qu'il faut rechercher l'origine réelle du mal.

(1) *Arch. gén. méd.*, 1873.

Or, dans la lèpre comme dans le mal perforant, les troubles de la sensibilité sont considérables, et ne sont niés par personne. Dès lors, s'il existe autant de divergence dans l'interprétation de phénomènes aussi apparents, combien, à plus forte raison, doit-on être réservé au sujet des autres affections cutanées, où les modifications de la sensibilité ne se montrent que quand on les cherche, et dont les connexions avec le système nerveux sont beaucoup moins évidentes !

Telles sont les considérations qui me paraissent ressortir de l'étude des faits, sans vouloir donner une part trop considérable à l'hypothèse. Je ne me dissimule pas tout ce que ce travail offre d'imperfections, et je suis le premier à reconnaître qu'il est prématuré de conclure quand on a eu à peine le loisir d'entrevoir certains côtés de la question. Pour mener à bonne fin une pareille tâche, il faudrait du temps, des recherches patientes, poursuivies non pas des mois, mais des années dans la même direction : il serait alors, je pense, assez facile de recueillir assez de faits pour donner la démonstration de ce que je n'ai pu présenter que comme une probabilité. Tout imparfait qu'est ce travail, il aura atteint son but si j'ai réussi à montrer que, dans bon nombre d'affections cutanées communes, il existe des modifications intéressantes de la sensibilité périphérique et que ces modifications sont une des expressions les plus démonstratives du rôle que joue le système nerveux dans les maladies de la peau.

TRAITÉS GÉNÉRAUX.

CAZENAVE. *Pathologie générale et affections de la peau*, 1856.

CANUET. *De l'influence du système nerveux sur les maladies cutanées*. Thèse de Paris, 1855.

WEIR MITCHELL, *Des lésions des nerfs et de leurs conséquences*. Traduct. fr., 1873.

CHARCOT, *Notes sur les maladies de la peau qui dépendent du système nerveux*. (*Journal de physiologie*, t. II, 1859.)

Id. *Leçons sur les maladies du système nerveux*. (Leçons 1 et 2.) 1872-1873.

MOUGEOT, *Des troubles de nutrition consécutifs aux affections des nerfs*. Thèse 1867.

COUYBA, *Des troubles trophiques liés au traumatisme des nerfs et de la moelle*. (Thèse, Paris 1871.)

SMOLER, *De l'anesthésie envisagée comme symptôme dans diverses maladies*. (*Prag Vierteljahrschrift*, 1865, B. III-IV, p. 77.)

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, *Influence des perturbations morales sur les affections de la peau*. (*Journal de médecine pratique*, 1865.)

DANIELSEN et BOECK, *Traité de la spedalsked ou lèpre de Norwège*, 1857.

LAMBLIN. *Recherches sur la lèpre tuberculeuse*. (Thèse 1870.)

ZONA.

CHARCOT et COTARD, *Zona du cou avec altération des nerfs du plexus cervical*. (*Gaz. médic.*, 1860, n° 15, p. 257.)

BROADBENT, *Eruption d'herpès suivant les branches du plexus brachial, suivie de paralysie partielle des nerfs moteurs correspondants*. (*British. med. journ.*, 27 octobre 1866.)

OPPOLZER, *Zona avec paralysie consécutive*. (*Canstatt Jahresh.* 1867.)

GREENOUGH, *Zona du cou et de la face. Hémiplegie faciale consécutive*. (*Boston med. Journ.*, 1868.)

COBB ALBION, *Id.* (Même recueil, 1868.)

MOERS, *Herpès bilatéral des extrémités inférieures, suivant les divisions du sciatique poplité interne*. (*Arch. für klinische Medic.*, fasc. 2, p. 249, 1868.)

BROADBENT, *Zona de la nuque, précédé de contractions cloniques des muscles du cou*. (*Med. times and Gazette*, juillet 1871.)

DAMON HOWARD, *The nevroses of the skin, their pathology and treatment*. Philadelphie, 1869. (Manque à la Faculté.)

PURDON, *On the nervous connexion of certain skin diseases* (*Medic. press and circular gazette*, 19 août 1868).

A. HYBORD, *Du zona ophthalmique*. Thèse 1872.

PEMPHIGUS.

SAINTORENS, *Sur le pemphigus aigu*. Thèse, Paris, 1867.

GUIBOUT et MALHERBE, *Obs. de pemphigus suivi de mort*, 1869.
(*Union médicale*, n° 39, p. 506.)

BEHSE, *Über chronische Blasenbildungen auf der Haut* (*Petersburger medic. Zeitschrift*, XX, fasc. 11 et 12.)

PURDON, *Remarques sur l'herpès, le pemphigus et l'urticaire*. (Dublin, *Quarterly review*, mai 1868.)

BAGGIO, Thèse de Paris, 1864.

RUSSELL, *Cas de pemphigus paraissant reconnaître pour cause une maladie des nerfs de la peau*. (*Med. Times and Gazette*, 29 octobre 1863.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

LA SYPHILIS ET LA PROSTITUTION DANS LEURS RAPPORTS AVEC
L'HYGIÈNE, LA MORALE ET LA LOI, par M. MIREUR.

In-8° de 475 pages. Paris, 1875, chez G. Masson, éditeur.

Ce volume mérite, sous tous les rapports, la sérieuse attention de ceux qui, au nom de la science, de la philanthropie, de la morale, s'intéressent à la guérison de nos plaies sociales. L'auteur a envisagé son sujet du point de vue à la fois le plus élevé quant aux principes, et le plus pratique quant à l'application. Il ne se complait ni dans un stérile étalage d'érudition, ni dans ces lieux communs réalistes qui encombrent la matière. On voit, et dès l'abord, qu'il n'expose l'état actuel que pour l'améliorer; et à la manière indépendante et sagace dont il poursuit son but, on a bien vite reconnu un esprit digne de l'atteindre.

Enfin, — mérite auquel un lecteur spécial ne saurait être insensible, — il règne dans toute cette étude un excellent ton de discussion, qui, loin de choquer les dissidents, ainsi qu'il arrive si souvent dans ces sortes de controverses, les rallie, sans résistance possible, dans une pensée de concours désintéressé à l'œuvre commune. Ainsi, par exemple, M. Mireur nous a plus d'une fois pris à partie; mais il le fait de telle sorte que, éclairé et convaincu par sa courtoise dialectique, nous

nous sommes senti toujours ébranlé et, — l'avouons-nous? — plus d'une fois disposé à lui donner raison contre nous-même.

Cet aveu fait pressentir le caractère que nous voudrions imprimer à l'examen qui va suivre. Exposer les idées, les solutions nouvelles proposées par notre judicieux confrère; puis dire libre librement en quoi elles sont bonnes, en quoi elles nous semblent perfectibles : tel doit être le devoir de qui a l'honneur de tenir la plume dans ce journal ; telle sera notre seule pensée.

M. Mireur fait à peu près table rase des mesures actuellement en vigueur pour assainir la prostitution ; et son plan comprend plusieurs parties, tout à fait distinctes, mais qui sont essentiellement connexes :

« Quant aux prostituées inscrites, libres, celles qui ne sont pas filles de maison, ne leur imposer, désormais, en aucun cas, la visite sanitaire.

« Mais, en même temps, rendre plus efficace qu'elle n'est la surveillance des filles de maison ; et, pour y parvenir :

« Déclarer toute maltresse de maison responsable, vis-à-vis de l'administration, de la santé des filles qui habitent son établissement.

« En conséquence, le rôle des médecins inspecteurs (1) serait changé, aussi bien que leur mode d'intervention. Ils n'exerceraient plus qu'un contrôle ; et pour que ce contrôle

(1) On devrait, dit l'auteur, « n'appeler à remplir les fonctions de médecin inspecteur que des hommes très-versés dans la connaissance des maladies vénériennes, et ayant fait leurs preuves dans des concours publics ou dans des ouvrages spéciaux. » — Mettez « ayant fait leurs preuves dans des concours spéciaux » et vous serez de l'avis que nous avons cherché à faire prévaloir, M. Rollet et moi, du seul qui donne des garanties réelles, un excellent auteur spécial étant parfois un spécialiste fort médiocre.

soit aussi fructueux qu'il le faut, loin d'attendre, à jours fixés, dans un local déterminé, les filles publiques, ils iraient, à l'improviste, dans les *maisons* « s'assurer si elles sont saines. Et, dans le cas où cet examen — qui serait toujours fait simultanément par deux médecins — révélerait l'existence d'une lésion contagieuse, il serait appliqué aux maîtresses de maison responsables une série de pénalités variant selon la gravité du cas morbide constaté, variant surtout selon le degré de la récidive; et en même temps on enverrait à l'hôpital la fille reconnue malade.

« La crainte d'être prise en faute serait pour les maîtresses de maison un stimulant puissant à veiller continuellement sur la santé de leurs filles.

« Il est entendu que si une fille était absente, lors des visites, ou si l'on cherchait à lui en substituer une autre, cette fraude motiverait une peine sévère. »

Quant à la prostitution clandestine, M. Mireur propose d'appliquer aux filles convaincues de l'exercer, non plus, comme on l'a fait jusqu'ici, les peines insignifiantes dont l'administration dispose, mais l'article 330 du Code pénal, qui porte un emprisonnement de trois mois à un an et une amende de 15 à 200 francs, « *pour outrage public à la pudeur.* » L'appréhension de cette peine sévère, prononcée par le tribunal correctionnel, serait un frein pour les filles tentées de se livrer à la prostitution clandestine.

Nous avons raison, on le voit, de dire que tout se tient dans ce système. Son but, en laissant les prostituées clandestines sans surveillance, et par conséquent ostensiblement, notoirement dangereuses, est de pousser toute la matière *prostituée* et *prostituée*, c'est-à-dire les filles et leurs clients, vers les maisons de tolérance; et comme dans ces maisons régnerait la plus exacte surveillance,

comme elles deviendraient peu à peu connues pour être sans danger, c'est là qu'on irait de préférence, et bientôt on n'irait plus que là !

Celui qui examinera ce plan devra, s'il n'est animé que d'un sentiment de justice, reconnaître tout d'abord qu'il contient d'excellentes choses : telle est, en premier lieu, la répression, non plus administrative, mais correctionnelle de la prostitution clandestine ; telle est surtout la responsabilité réelle, sanctionnée par une pénalité effective, qu'on inflige aux maîtresses de maison. Elles essaieraient probablement de s'y soustraire en faisant traiter chez elles les filles malades, par un médecin auquel elles demanderaient surtout de détruire aussi vite et aussi complètement que possible les lésions contagieuses. Mais dans cette dérogation à son système, que M. Mireur n'hésiterait pas à qualifier de fraude, je ne verrais, moi, qu'une garantie de plus donnée à la sécurité publique. Car ces femmes-là, nous le savons, nous qui les approchons par métier, ont une remarquable expérience des maladies vénériennes. Par l'ingéniosité avec laquelle elles réussissent à les dissimuler, on peut juger de celle qu'elles mettront à les découvrir ; et tout ce qu'elles garderont sera bien gardé. Du moment qu'elles auront un intérêt pécuniaire à assurer la santé de leurs subordonnées, on peut être tranquille.

Ainsi, et par la force des choses, s'établirait, — dans la mesure où il est actuellement praticable, — mon système à moi (assez rudement malmené par M. Mireur), mon système de *douceur*, où le traitement des lésions contagieuses des prostituées s'effectue autant que possible sans leur séquestration à l'hôpital.

Mon très-savant confrère se rapproche encore des idées que MM. Garin, Rollet et moi nous avons défendues, en

demandant des hôpitaux suffisants et accessibles à tous les vénériens, en demandant aussi que ces hôpitaux, largement ouverts pour les admettre, ne le soient pas moins pour les laisser sortir à leur gré.

Cette liberté, cependant, a une exception. Les filles de maison, envoyées à l'hôpital, doivent y être retenues; nous sommes tous d'accord à cet égard. Mais retenues combien de temps?... Selon nous, jusqu'à ce qu'elles aient cessé d'être un danger pour ceux qui les approchent, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'elles soient guéries, et complètement guéries, de leurs lésions actuelles.

M. Mireur l'entend dans un tout autre sens. Tout en s'en rapportant, pour fixer ce point, à la conscience et au savoir des chefs de service, il incline très-visiblement à ordonner la reclusion des filles « pendant une année au moins (p. 374). Et voici comment il établit la nécessité d'un traitement aussi long : « Il est aujourd'hui démontré, dit-il, que le principe vénérien est susceptible d'aggravation lorsqu'il est livré à lui-même et qu'aucune influence thérapeutique ne vient combattre ses effets; il est également démontré que dans tous les organismes où ce même principe est abandonné à ses propres forces, et où on ne lui oppose aucun traitement, il s'aggrave, se régénère et se revivifie, pour ainsi dire. »

Si ces principes sont justes, la conséquence est forcée : « il faut s'occuper avant tout de la médication générale qui doit détruire le principe du mal et en conjurer les effets. » (p. 379); conclusion légitimement déduite des premières, assurément. Mais, je vous en avertis, cher confrère, si vous voulez continuer le traitement jusqu'à ce que *les effets du mal soient entièrement conjurés*, il y faudra plus de temps que cela, et votre médication *d'au moins un an de durée* risque encore de pécher par trop de brièveté!

Non, le virus laissé sans traitement ne s'aggrave pas fata-

lement dans tous les organismes, comme vous le professez. Ce n'est pas en vain que, depuis Cullerier l'ancien et Lagneau, on a observé, suivi pas à pas, et comparative-ment, le cours des véroles gorgées de spécifique et le cours de celles qui n'en ont reçu que dans la mesure du besoin. Dans les unes comme dans les autres, on rencontre des cas bénins, progressant vers la guérison, à côté de cas où le mal tend à s'aggraver. Mais surtout, dans l'une comme dans l'autre série, un observateur non prévenu voit les poussées successives reparaître avec une persistance à peu près égale : si bien que la prétention d'empêcher par un traitement, quelque énergique et prolongé qu'il soit, toute manifestation ultérieure de la syphilis a cessé, même pour les hydrargyrophiles les plus purs, d'être un article de foi. Voilà ce qui est aujourd'hui démontré.

Cessez donc, vous le pouvez sans scrupule, cessez d'imposer aux prostituées ce dont la plupart de nos malades libres se dispensent à leur grand bénéfice. Et puisque vous êtes non-seulement un praticien, mais un homme pratique, mon très-cher confrère, puisque vous voulez — et je vous en loue — peupler autant que possible les maisons publiques, songez un peu à la singulière attraction qu'exercerait sur celles que vous y appelez la perspective d'être, en cas de maladie, retenues pendant un an à l'hôpital ! Un an d'hôpital et un an de mercure !

Mais ce n'est là qu'un détail sur lequel l'accord se fera forcément entre nous, et en moins d'un an, je l'espère. Une objection plus sérieuse me vient à l'esprit, au sujet du résultat à attendre de la mise en action du système de M. Mireur ; et c'est lui-même que je veux faire juge du fondement de mes appréhensions :

« Rendons sûres les maisons publiques, dit-il, et le public y affluera de préférence. »

La garantie de sécurité est sans doute un attrait puis-

sant et bien fait pour influencer, dans leur choix, les hommes d'une certaine classe et surtout d'un certain âge. Mais sera-t-elle, même bien réelle et bien connue, sera-t-elle un motif suffisant pour opérer dans les habitudes de cette clientèle la transformation que l'auteur en espère ?.... Étudions d'un peu près ces gens-là :

Plusieurs, d'abord, sont dans une situation sociale qui leur rend très-difficile, parfois impossible la fréquentation des *maisons*. — Puis tous ont des préjugés, des illusions aussi tenaces qu'étranges. En vain, dans vos établissements garantis, leur offrirez-vous la rose sans épines. Elle est si fanée, si dénuée de parfum, si notoirement vénale, que ces défauts, forcément inhérents au milieu que vous avez assaini, en éloigneront toujours bon nombre de chalands. La marchandise qu'ils trouvent ailleurs est de pire qualité sans doute, et bien souvent de moindre valeur réelle. Mais quoi ? la poursuite s'y rapproche un tant soit peu des conditions normales de l'amour : il y a là un semblant de résistance, un faux air de bonne fortune ; puis on sait que la prêtresse n'est pas obligatoirement majeure ; enfin, l'offrande est à prix débattu. Et il n'en faut pas davantage pour conférer à la prostitution vague, clandestine ou non, sous le rapport de son pouvoir attractif, un avantage qui va encore s'augmenter du défaut de surveillance que vous lui promettez. — Vous vous êtes un peu trop absorbé dans la contemplation du sujet principal de votre étude, de la prostituée ; de la manière dont vous teniez le miroir, monsieur Mireur, il ne pouvait refléter que la pureté de vos intentions. Usez maintenant de la lunette, de la loupe s'il le faut ; regardez *nos semblables*, et prenez ensuite conseil de ce que vous aura suggéré un examen plus approfondi de ce que j'appelle *l'autre côté de la question*.

P. DIDAY.

DE LA NATURE PARASITAIRE DU PITYRIASIS CAPITIS ET DE L'ALOPÉCIE CONSÉCUTIVE, par le D^r CHINCHOLLE.

In-8° de 42 pages. Paris, 1874, chez A. DELAHAYE, éditeur.

Selon M. le professeur Hardy, « le pityriasis débute par une sécheresse particulière de la peau. Cette membrane perd d'abord son onctuosité et sa souplesse normales, puis apparaissent des squames très-minces et très-sèches qui se détachent avec une grande facilité. » Insignifiante au début, cette affection peut durer ainsi 2 ou 3 ans sans que l'individu en ressente le moindre inconvénient, mais elle gagne ensuite à peu près toute la tête, avec une intensité maximum à la partie supérieure et, enfin, après quelques années, détermine un commencement de calvitie qui va toujours en augmentant.

La première période de l'alopecie se caractériserait, suivant le D^r Chincholle, par la diminution successive de la longueur des cheveux et par un pityriasis répandu sur toute la tête avec son maximum d'intensité à la partie supérieure.

La seconde période se manifesterait surtout par la diminution du diamètre des divers cheveux, c'est-à-dire par la production abondante de cheveux lanugineux.

D'après les très-intéressantes recherches entreprises par M. le D^r Malassez, la cause du pityriasis serait un parasite. Ce parasite est un champignon microscopique qui existe dans le pityriasis simple du cuir chevelu et en général dans le pityriasis simple de toutes les parties velues.

D'après les recherches que reproduit le D^r Chincholle et qui ont été publiées *in extenso* par le D^r Malassez dans les *Archives de physiologie*, n^{os} 4 et 5, 1874, « ce champignon se rapproche beaucoup de celui de la pelade : l'un et l'autre sont uniquement constitués par des spores, et ils

habitent les mêmes parties du tégument cutané ; ils diffèrent cependant en ce que les spores du pityriasis simple sont ovoïdes, plus petites et presque toutes pourvues d'un bourgeon, tandis que celles de la pelade sont sphériques, plus volumineuses et moins habituellement bourgeonnantes... Quant au diagnostic d'avec les autres champignons parasitaires de la peau (*microsporon furfur*, *trichophyton*, *achorion*), il est relativement facile : leurs spores sont plus volumineuses et ils possèdent tous des tubes de mycelium, ce que M. Malassez n'a jamais rencontré dans le pityriasis. » Ces mêmes spores ne se retrouvent pas, si ce n'est très-exceptionnellement et en très-petit nombre, dans les pellicules provenant d'autres affections squameuses (eczéma, psoriasis, ichthyose).

La nature parasitaire du pityriasis capitis étant connue, le traitement doit être dirigé contre le parasite qui est à la surface de la peau.

Voici la pommade conseillée par M. Malassez :

Beurre de cacao.....	} 20 grammes.
Huile de ricin.....	
Huile d'amandes douces...	
Turbith minéral.....	1 gramme.

Matin et soir onctions sur le cuir chevelu ; 3 fois par semaine savonnage de la tête ; il n'est pas nécessaire d'employer la rasure, mais il importe de tenir les cheveux coupés courts.

Au début, il se produit une exagération de la chute des cheveux, tenant sans doute à ce que le brossage et la friction détachent prématurément une foule de cheveux malades qui étaient destinés à tomber peu de temps après.

Cette exagération n'est que provisoire, et peu après on voit la chute diminuer et les cheveux repousser.

REVUE DES JOURNAUX

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE, par le D^r SCHUTZENBERGER.

Suivant le savant professeur, les divers traitements mercuriels peuvent se rapporter à deux types : celui de l'hydrargyrose *sub-aiguë* qui consiste dans l'emploi de doses cumulées du médicament, de manière à agir rapidement et sûrement sur l'organisme ; et celui de l'hydrargyrose *chronique* dans lequel on administre le mercure à doses uniformes mais prolongées. C'est à cette dernière méthode qu'appartiennent les procédés aujourd'hui suivis : la méthode par extinction, le traitement mercuriel par salivation.

Les résultats que donne l'hydrargyrose sub-aiguë sont, au contraire, beaucoup plus rapides et beaucoup plus complets, surtout si l'on emploie les frictions de préférence à l'administration interne.

M. Schützenberger a traité avec succès au moins 20 cas d'hémiplégie syphilitique compliquée d'altération plus ou moins grave de l'intelligence ou de convulsions épileptiformes. Tous ont été radicalement guéris de leur syphilis à l'aide d'un traitement méthodique par les frictions, mais tous n'ont pas repris l'intégrité de leurs fonctions cérébrales.

Mais si le traitement spécifique par l'hydrargyrose sub-aiguë constitue une excellente méthode, il ne s'ensuit pas qu'elle guérisse tous les cas de syphilis et les lésions qui

sont consécutives à cette cruelle affection. Ainsi, lorsque la syphilis a déterminé dans les organes des altérations de nutrition ayant modifié profondément la structure des tissus, la médication hydrargyreuse est plus nuisible qu'utile, et peut entraîner même la mort, comme dans une des observations citées par l'auteur.

Quelque rares que puissent être les cas de ce genre, ils prouvent que l'hydrargyrose sub-aiguë est une médication dont il faut surveiller l'action avec le plus grand soin ; toutefois la rareté extrême de ces accidents ne doit pas faire renoncer à un traitement qui, plus que tout autre, offre des garanties pour une guérison radicale.

Du reste, ajoute-t-il, il est à remarquer que, pour être moins évidents, les dangers de l'hydrargyrose chronique sont en réalité bien plus à craindre et tout aussi graves.

Le traitement par l'hydrargyrose sub-aiguë comprend trois périodes distinctes : 1° la cure préparatoire ; 2° la cure spécifique ou l'hydrargyrose proprement dite ; 3° la cure reconstitutive.

La cure préparatoire a pour but d'amener, artificiellement, l'organisme à des conditions favorables, d'écarter celles qui ne le sont pas, de le préparer en un mot à l'influence thérapeutique. Or, dit l'auteur, le mercure agit d'autant mieux que l'organisme est en voie d'un mouvement de dénutrition *artificiellement produit et entretenu*. Aussi, la *cura famis* et la médication déperditante (conseillées autrefois pour guérir la syphilis constitutionnelle) sont-elles un élément thérapeutique préparatoire nécessaire et un adjuvant indispensable à tout traitement mercuriel régulier, si, bien entendu, on a affaire à des sujets robustes, bien nourris.

Cette espèce de *cura famis* préparatoire consiste en : la réduction de l'alimentation, le repos, l'emploi alternatif

des purgatifs et des bains prolongés, et enfin l'administration des sudorifiques.

La durée de cette cure préparatoire variera de quelques jours à deux semaines, et sera plus ou moins rigoureuse, suivant l'état antérieur, la nature des accidents syphilitiques ou la rapidité plus ou moins grande de l'amaigrissement.

La deuxième période du traitement est l'hydrargyrose proprement dite, à l'aide du mercure employé en frictions, à la dose de 2 à 5 grammes d'onguent mercuriel double, pratiquées de deux jours l'un.

S'il se produit de la salivation, on suspend le traitement pendant quelques jours. La durée de cette période de traitement est au moins de 24 jours; elle peut aussi aller jusqu'à cinq semaines.

Quand l'effet physiologique et thérapeutique est produit, on arrête la médication hydrargyreuse à la troisième période du traitement : celle de la *reconstitution de l'organisme*.

Les malades, à ce moment, sont souvent fort amaigris; on les alimente alors progressivement, comme on le fait dans une convalescence ordinaire. Enfin, pour plus de sécurité pour l'avenir, M. Schützenberger prescrit souvent à ses malades de se soumettre, après deux mois de convalescence franche, à une cure iodique modérée de 3 à 4 semaines de durée. (*Gazette médicale de Strasbourg*, n^{os} 4, 5 et 6, 1874.)

Nous ne songeons nullement à nous inscrire contre les vues pratiques du savant professeur, pas plus qu'à contester ses beaux résultats. Mais l'hydrargyrose aiguë ou sub-aiguë n'est pas, pour nous, une nouvelle connaissance. Tout praticien l'a réalisée à son insu, « a fait de l'hydrargyrose » sans le savoir, lorsqu'il a déterminé accidentellement, par

un traitement mercuriel, la *salivation*. Or, a-t-on remarqué que, à la suite de cet état d'imprégnation, de saturation de l'organisme par le spécifique, la cure définitive du mal fût plus assurée ? Nullement : les accidents contre lesquels cette saturation exerce une action spéciale, l'iritis, l'albuginite, sont domptés ; mais les récidives ultérieures apparaissent comme après les traitements usuels. Nous devons aussi émettre une réserve sur le danger qu'il y aurait d'apporter dans l'emploi du régime tenu, en cas de syphilis, moins de circonspection que n'en met assurément notre expérimenté confrère.

Remarquons enfin que les succès et le cas de mort mentionnés par M. Schützenberger sont tout à fait conformes à cette notion aujourd'hui assez généralement acceptée, savoir : que l'encéphalopathie syphilitique va très-souvent en s'amendant spontanément et que le mercure, dans ce cas, n'est pas sans danger.

A. FOURNIER. — DU SARCOCÈLE SYPHILITIQUE. — *Leçons rédigées par A. Pichard.*

(Nous extrayons de ces leçons les deux chapitres relatifs à l'*épididyme secondaire* et au *sarcocèle gommeux*, en laissant de côté ce qui a trait au sarcocèle scléreux généralement connu.)

Il est arrivé pour le testicule syphilitique ce qui est arrivé pour beaucoup d'autres types pathologiques. L'unité morbide qu'elle semblait constituer n'était qu'artificielle ; elle a dû être démembrée, divisée en plusieurs types pathologiques indépendants, lesquels, tant au point de vue purement anatomique qu'au point de vue clinique, demandent à être différenciés.

Si bien qu'aujourd'hui, et, réserves faites pour les enseignements nouveaux que pourra nous révéler l'avenir, les manifestations de la syphilis sur les glandes génitales s'élèvent au moins au nombre de *trois espèces*, qui peuvent être dénommées de la façon suivante :

1° *Epididyme secondaire* ;

2° *Sarcocèle scléreux* ;

3° *Sarcocèle gommeux*. — A ce dernier très-probablement se rattache, comme mode de terminaison possible, une des variétés du *fungus bénin testiculaire*.

Étudions tour à tour ces trois ordres de lésions.

1° *Epididyme secondaire*.

Comme son nom l'indique, l'épididyme secondaire consiste essentiellement en une lésion affectant l'épididyme et se produisant à la période secondaire, c'est-à-dire dans un stade jeune de la diathèse.

Or, à ce double point de vue, cette lésion se distingue nettement de celles que nous aurons à décrire plus loin.

En premier lieu, c'est une lésion qui se *localise sur l'épididyme*, sur l'épididyme seul, le testicule restant indemne. Il est très-rare, exceptionnel même, que dans cette forme le testicule soit affecté simultanément avec l'épididyme. En cela cette forme diffère des suivantes, dans lesquelles il est de règle au contraire que la lésion porte sur le testicule.

C'est, en second lieu, une *manifestation précoce* de syphilis, se produisant dans le cours de la période secondaire. C'est même une manifestation jeune de cette période, se développant presque toujours dans le premier semestre qui suit l'infection, quelquefois dès le quatrième, le troisième mois. Deux fois déjà, pour ma part, je l'ai vue se produire

plus prématurément encore, deux mois et demi après le chancre, coïncidemment avec les premières manifestations générales de la diathèse. Chronologiquement donc, cette manifestation est très-différente des autres formes de lésions syphilitiques testiculaires qui ont pour caractère de n'apparaître qu'à une époque bien autrement tardive (1).

Voyons actuellement, au point de vue de la symptomatologie, comment se caractérise l'épididyme secondaire. Cette symptomatologie a été très-bien définie et décrite par mon collègue et ami le D^r Dron (de Lyon), dans un excellent mémoire que je recommande à vos lectures (2). Elle se résume en ceci :

D'abord, pas de troubles fonctionnels. Pas de douleurs spontanées. En quelques cas seulement, douleurs légères au début, pendant les premiers jours ; mais cela même est rare, et très-généralement l'affection se distingue au contraire par une *indolence presque absolue*. Cette indolence est telle que les malades ne s'aperçoivent guère de leur affection que *par hasard*, en se touchant accidentellement les bourses. Et alors ils constatent, non sans étonnement, qu'ils portent là « un petit calus. » Souvent ils ne s'inquiètent pas de cette lésion minime, par la raison qu'ils n'en souffrent pas. D'autres fois ils accourent vers le médecin, qui constate l'existence d'une *nodosité dure* dans un épидидyme ou dans les deux épидидymes : car,

(1) Dans huit cas bien nets, bien tranchés, où j'ai pu étudier l'affection, je l'ai vue apparaître :

Six fois dans les sept premiers mois à dater du chancre ;

Deux fois seulement au dixième et au onzième mois.

Ces chiffres concordent assez bien avec ceux de M. Dron, qui donne le terme de *trois mois et demi* « comme exprimant l'époque ordinaire de l'apparition de la tumeur de l'épididyme dans l'évolution de la syphilis, et en dehors de tout traitement spécifique. »

(2) De l'épididyme syphilitique (tumeur syphilitique de l'épididyme), in *Archives générales de médecine*, 1863, t. II.

avec une fréquence presque égale, tantôt un seul de ces organes est pris, tantôt l'un et l'autre sont affectés simultanément.

Cette nodosité, qui atteste une infiltration partielle de l'épididyme par un néoplasme, a pour caractère d'être presque toujours circonscrite à la tête de l'épididyme (globus major) ; localisation remarquable, car elle est juste inverse de celle qu'on observe dans l'épididymite blennorrhagique, où la queue de l'organe est plus spécialement affectée (1).

Le volume de cette nodosité est généralement minime, comparable à un pois, à une groseille, à une petite noisette, tout au plus à une olive. Une seule fois M. Dron l'a vue égaler une petite noix.

La forme en est assez souvent arrondie, pisiforme ; d'autres fois allongée, olivaire, elle reproduit assez exactement ce qu'est la tête de l'épididyme tuméfié.

La consistance en est toujours remarquable, et rappelle la dureté habituelle du néoplasme syphilitique à l'état de crudité.

De sorte que par son volume, sa forme et sa consistance, cette nodosité représente assez bien ce que serait un pois, un haricot introduit dans un épididyme sain.

Elle se laisse du reste facilement explorer. Elle est même remarquablement indolente au palper et à une pression assez vive. — Finalement, elle ne se montre pas moins aphlegmasique par l'ensemble de ses autres caractères. A son niveau, nulle rougeur des téguments ; autour d'elle, nul empatement, pas le moindre signe d'inflammation

(1) Si l'on a quelquefois observé, dans la syphilis secondaire, des infiltrations de tout l'épididyme, cela n'est, je crois, que le cas exceptionnel, et, pour ma part, je n'en ai pas encore rencontré d'exemple. La règle, c'est au contraire que l'infiltration soit partielle, circonscrite à un département de l'épididyme.

locale. — Somme toute, cette nodosité semble n'être qu'un néoplasme déposé à *froid* dans le tissu épидидymaire.

En quoi consiste cette petite lésion? Cela, nous l'ignorons, car jusqu'à ce jour nous n'avons pas eu l'occasion de pratiquer une seule autopsie d'épididyme secondaire.

Que deviendrait-elle, abandonnée à elle-même? Nous ne le savons guère mieux : car on n'a pas fait encore, et je n'ai pas l'envie de faire, pour ma part, l'expérience qui consisterait à laisser évoluer ces nodosités secondaires de l'épididyme en parfaite liberté. Les médecins qui les ont rencontrées jusqu'ici les ont traitées et les ont guéries ; voilà tout ce que je puis vous en dire.

Mais ce que nous savons, en revanche, c'est que, soumises au traitement spécifique, elles guérissent très-facilement, se résorbent en quelques semaines et disparaissent complètement, sans laisser à leur suite ni troubles fonctionnels, ni traces sensibles de leur passage.

Quel est donc l'intérêt de cette petite lésion, et quelle raison m'a conduit à vous en parler avant les développements qui précèdent?

D'une part, c'est une lésion syphilitique, dûment syphilitique, et, à ce titre, elle devait trouver place dans le sujet que nous étudions. D'autre part, il s'y rattache un intérêt diagnostique et pratique qui n'est pas sans importance, comme vous allez le voir.

Jusqu'à ces derniers temps, on ne croyait guère, — disons mieux, on ne croyait pas, — que la syphilis pût produire (surtout à la période secondaire) des infiltrations *isolées* de l'épididyme. Cela même, quelques médecins le contestent encore aujourd'hui, en soutenant que ces prétendus syphilômes épидидymaires ne sont rien autre que des épидидymites blennorrhagiques, des épидидymites scrofuleuses, tuberculeuses, ou des kystes de l'épididyme. Inutile de discuter en détail une telle opinion. Pour en montrer le

peu de fondement, il nous suffira de dire que, d'abord, ces lésions ont été rencontrées plus d'une fois chez des sujets n'ayant ni blennorrhagie, ni rétrécissement, ni affection uréthrale susceptible de retentir sur l'épididyme; et, en second lieu, qu'elles se sont résorbées, guéries sous l'influence du traitement antisypilitique avec une rapidité significative, ce que n'auraient pas fait assurément des épидидymites strumeuses, ce qu'auraient moins fait encore, bien entendu, des kystes épидидymaires.

Mais passons sur ce point et revenons à notre sujet. Ces infiltrations syphilitiques de l'épididyme, vous disais-je, n'étaient pas connues jusqu'à ces derniers temps. Qu'arrivait-il donc, lorsqu'on les rencontrait chez un malade? C'est que, dans les cas où il était impossible de les rapporter, soit à une blennorrhagie, soit à un état morbide de l'urèthre, on les considérait comme des manifestations strumeuses, on en faisait des épидидymites *tuberculeuses* ou *caséuses*; et cela, sans même songer à la syphilis comme origine possible de tels accidents, ou en n'y songeant que pour l'exclure. J'ai été témoin, tout le monde a été témoin de diagnostics institués et raisonnés de la sorte. Nombre de fois, soyez-en sûrs, des épидидymes simplement syphilitiques ont été réputés tuberculeux, par la seule raison qu'on ignorait ou qu'on se refusait à croire que des engorgements circonscrits de cet organe, n'affectant pas le testicule, pussent dériver de la vérole. Cette cause d'erreur n'existe plus aujourd'hui. Il est constant en effet, par ce que je vous ai dit précédemment, que la vérole peut par elle seule, et en dehors de toute autre influence, déterminer dans l'épididyme, — et dans l'épididyme exclusivement, le testicule restant indemne, — des infiltrations circonscrites, indolentes, aphlegmasiques, tout à fait comparables à celles que la scrofule était jugée *seule* capable de produire.

C'est en cela, précisément, que réside l'intérêt principal de la petite mais importante lésion dont je viens de vous entretenir; c'est à ce titre surtout que je devais vous la faire connaître.

3^e Sarcocèle gommeux.

L'histoire de cette troisième forme de sarcocèle syphilitique est encore très-peu avancée. Nous ne connaissons guère aujourd'hui le sarcocèle gommeux que comme lésion anatomique, et ce que nous en savons même sur ce point laisse beaucoup à désirer, comme vous allez le voir.

Les lésions véritablement gommeuses du testicule s'observent presque toujours associées à celles de la forme précédente, c'est-à-dire de la forme plastique. Il est bien plus rare qu'elles se produisent isolément, et de là résulte en partie que nous sommes si peu édifiés sur leur histoire clinique particulière.

Elles se montrent sous deux formes : *forme circonscrite* et *forme diffuse*.

I. La *forme circonscrite*, de beaucoup la plus commune, consiste simplement en ceci : des dépôts gommeux se produisant dans le testicule ou l'épididyme, et généralement au sein de l'hyperplasie conjonctive, au sein des callosités cellulo-fibreuses qui constituent le sarcocèle plastique. — Ces dépôts résident le plus souvent dans la substance testiculaire; parfois, on en a observé jusque dans l'épaisseur de l'albuginée. — Ils sont plus ou moins nombreux. Quelquefois, on n'en rencontre qu'un seul, isolé; plus souvent on en trouve plusieurs, trois, six, huit, dix, soit nettement distincts et indépendants, soit réunis en groupes au voisinage les uns des autres, ou même fusionnés, confondus. — Leur volume est variable depuis la dimension d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une cerise; celui qu'ils affectent

le plus souvent peut être comparé à un pois. — Comme aspect, ils se présentent sous forme de noyaux arrondis ou anguleux, homogènes, fermes, jaunes, secs à la coupe, et somme toute assez semblables au tubercule vulgaire. — Histologiquement enfin, leur composition est celle de toutes les gommés.

II. *Forme diffuse ou infiltrée.* — Cette forme n'est, à vrai dire, qu'une variété de la précédente. Elle est simplement constituée par une prolifération gommeuse qui, au lieu d'être nettement circonscrite, infiltre sans limites précises la substance testiculaire.

Elle se présente, du reste, avec tous les caractères, avec tous les attributs objectifs des gommés circonscrites.

Elle affecte des portions variables du testicule. Tantôt elle se circonscrit à un seul segment de l'organe, tantôt elle en occupe plusieurs segments à la fois. On l'a vue s'étendre à une portion considérable du testicule. M. Lancereaux cite même un cas dans lequel *tout* le testicule, du volume d'un gros œuf de poule, était devenu le siège d'une infiltration de ce genre. Le parenchyme de tout l'organe, dit-il, était « uniquement constitué par un produit nouveau, sans canalicules spermatiques, assez analogue comme aspect à un jaune d'œuf bien cuit. »

Telle est anatomiquement la variété gommeuse du sarcoème syphilitique, et là se borne ce que nous en savons de plus précis quant à présent.

Quels symptômes caractérisent spécialement cette forme de lésion? Cela, nous l'ignorons encore. Et nous l'ignorons surtout, je le répète, parce que les produits gommeux ne s'observent le plus souvent qu'en compagnie de callosités plastiques qui caractérisent la forme précédente, et parce que de la sorte les symptômes de la gomme testiculaire proprement dite disparaissent au milieu de ceux du sarcoème scléreux.

Il en est de même pour l'évolution ultérieure de ces produits gommeux. Que deviennent-ils, quelles transformations successives sont-ils appelés à subir, alors qu'ils sont abandonnés à eux-mêmes? Peuvent-ils, en se ramollissant, s'ouvrir une voie à travers l'albuginée et les enveloppes du testicule? Tout cela nous échappe presque complètement et nous échappera sans doute longtemps encore, par la bonne raison que nous ne laissons pas à ces lésions, facilement curables en général, la liberté de suivre leur évolution complète. Un sarcocèle syphilitique étant reconnu ou suspecté seulement, nous le traitons et nous le guérissons presque à coup sûr; partant, nous en perdons, au grand bénéfice des malades, l'histoire pathologique ultérieure.

Cependant nous ne sommes pas sans quelques données probables sur les accidents auxquels peuvent donner lieu ces productions gommeuses non traitées. Et même, d'après quelques faits cliniques bien observés, nous sommes autorisés à croire dès aujourd'hui que les gommtes testiculaires ou épидидymaires affectent l'évolution de toutes les autres gommtes, c'est-à-dire aboutissent à se ramollir, à ulcérer les parties ambiantes, et finalement à se frayer une voie au dehors.

Il est très-vraisemblable, par exemple, que les gommtes épидидymaires sont l'origine de certaines *fistules* qu'on voit se produire parfois au niveau de l'épididyme, et qui, traitées par l'iodure de potassium, guérissent avec une rapidité significative. M. le D^r Bertholle a relaté, à ce propos, un fait des plus probants, qui se résume sommairement en ceci :

Un malade, syphilitique depuis vingt ans, était affecté de deux fistules épидидymaires, en même temps que de deux périostoses, humérale et cubitale. Ces fistules, non traitées, remontaient à une année, et elles étaient restées

absolument stationnaires depuis ce temps; soumises au traitement spécifique (frictions et iodure), elles se fermèrent en sept semaines, en même temps que guérissaient parallèlement les périostoses (1).

De même aussi certains *fungus testiculaires* ne dérivent, suivant toute vraisemblance, que de gommés testiculaires ayant abouti à ulcérer l'albuginée et les enveloppes des bourses. Dans un très-intéressant mémoire dont je vous recommande la lecture (2), M. Rollet a nettement établi que ce qu'on appelle le *fungus bénin* n'est, en certains cas, « qu'une phase éloignée de l'orchite syphilitique. » Et quelques observations plus récemment publiées confirment absolument cette manière de voir.

Plusieurs fois, en effet, on a vu se produire, à la surface de tumeurs testiculaires qu'on était autorisé à considérer comme syphilitiques, le curieux processus que voici :

Sur un segment circonscrit de la tumeur, travail inflammatoire manifeste et d'autant plus remarquable qu'il avait été précédé d'une longue période aplegmatisque; rougeur des parties, sensibilité à la pression, adhérence des téguments aux tissus profonds, etc.; — puis, ulcération progressive des tuniques scrotales; perte de substance à progrès excentriques; — à travers l'ouverture cutanée constituée de la sorte, issue d'une sorte de *végétation fongueuse*, proéminent chaque jour de plus en plus à la façon d'un viscère qui fait hernie dans un orifice; — et finalement, après un temps variable, hernie véritable d'une tumeur volumineuse, mesurant jusqu'à 5 et 6 centimètres de long sur 3 à 5 de large; tumeur d'aspect fongueux et qualifiée pour cela du nom de *fungus*; tumeur ferme, élastique,

(1) *Union médicale*, 1868, t. I, p. 57.

(2) Du sarcoécèle fongueux syphilitique, in *Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis*, Paris, 1861.

rouge de surface, granuleuse, tapissée par une sorte de membrane analogue à une couche de bourgeons charnus, et sécrétant en faible quantité un pus crémeux, jaunâtre, de bonne nature; tumeur arrondie de forme, comparable d'aspect soit à un chapeau de champignon soit à un chou-fleur épanoui, et se continuant par un pédicule rétréci avec ce qui reste de la glande testiculaire à l'intérieur des bourses. M. Rollet fait remarquer avec raison que ce fungus n'adhère pas à la peau dans les points où il la touche; il ne fait que « reposer sur elle »; et ce n'est, ajoute le même auteur, qu'en relevant ou en examinant les parties périphériques qu'on pourrait voir le centre de cette masse fungueuse se prolonger jusqu'au testicule à travers les membranes perforées.

Examinée anatomiquement et histologiquement, cette tumeur a présenté des particularités tout à fait significatives. On l'a trouvée composée d'un mélange de tubes séminifères, d'une matière jaune, identique d'aspect à la matière gommeuse, et de bourgeons charnus. Nul doute, en conséquence, que d'une part elle soit constituée par les éléments propres du parenchyme testiculaire; nul doute, d'autre part, qu'elle soit constituée par ces éléments testiculaires dégénérés, et dégénérés par le fait d'une infiltration gommeuse.

Il est donc à croire, d'après cela, que les gommés testiculaires, en vertu d'un processus dont nous ignorons encore les détails, peuvent aboutir à perforer l'albuginée et les enveloppes scrotales, pour venir éliminer au dehors leur bourbillon gommeux, tout comme le font à la surface de la peau les gommés sous-cutanées. Dans cette manière de voir, le fungus testiculaire ne serait rien autre qu'une *gomme testiculaire chassée au dehors de l'albuginée*, et chassée de la sorte, suivant toute vraisemblance, par le

fait d'une prolifération surabondante au sein d'un organe bridé par une tunique fibreuse rigide et inextensible.

Ce qui confirme encore cette interprétation, c'est qu'en certains cas on a vu le fongus testiculaire d'origine syphilitique diminuer de volume, se ratatiner et même se résorber sous l'influence du traitement spécifique. De cela témoignent quelques observations récentes non contestables.

Concluons en disant : L'affection dite fongus bénin du testicule n'est rien autre, en certains cas, qu'une gomme testiculaire expulsée des bourses. (*Mouvement médical.*)

M. le Professeur Hardy. — I. DE L'ICHTHYOSE ET DE SES VARIÉTÉS.

II. EXEMPLE DE LENTIGO GÉNÉRALISÉ ; SON TRAITEMENT.

III. TRAITEMENT GÉNÉRAL DES FURONCLES.

IV. DU STROPHULUS ; SON TRAITEMENT.

Leçons recueillies par le Docteur HUCHARD.

I. A propos d'un malade atteint d'ichthyose, M. le professeur Hardy fait observer que la cause la plus ordinaire de cette difformité de la peau est l'hérédité. Alors même qu'elle est congénitale, l'ichthyose n'est pas toujours généralisée. L'ichthyose peut aussi être accidentelle : ichthyose professionnelle ; dans ces cas elle est localisée à la paume des mains (épiciers, confiseurs, etc.) et disparaît avec la cause qui l'a produite.

La médication est simplement palliative, elle consiste en lotions savonneuses et bains prolongés.

II. Le lentigo existe ordinairement, à l'état transitoire ou permanent, chez les femmes blondes à peau très-fine, et survient chez quelques sujets au printemps et pendant

l'été. Chez notre malade le lentigo a envahi toute la surface cutanée et à un degré que M. Hardy n'a jamais vu atteint. L'éruption date de 40 mois. Elle est caractérisée par des taches arrondies, quelques-unes légèrement allongées, à contours bien nets, d'une coloration brune ou même noirâtre, du volume d'une lentille. Ces taches ne forment pas de saillie au-dessus de la peau, ne s'effacent pas par la pression et ne déterminent ni cuisson ni démangeaison. Chez cette femme brune, la maladie pigmentaire s'est développée sans cause appréciable, la menstruation a toujours été régulière.

M. Hardy recommande contre cette affection les lotions de sublimé.

Chez cette femme, le lentigo étant généralisé, M. Hardy prescrit des bains avec 15 grammes de sublimé ; des frictions avec la pommade suivante :

Axonge	30 gram.
Acide nitrique	30 gouttes.

et enfin il recommande des lotions tous les jours avec la solution suivante :

Eau distillée	300 gram.
Sublimé	4 gram.
Sulfate de zinc	8 gram.
Alcool camphré	10 gram.

couper avec deux ou trois parties d'eau.

III. A propos des furoncles M. Hardy donne la préférence à la médication générale sur le traitement local. Il ordonne habituellement l'eau de goudron à la dose d'un litre environ par jour. On peut aussi également employer les alcalins et les arsenicaux.

IV. Le strophulus est une maladie commune chez les enfants, à l'époque de la dentition ; il survient aussi chez

les jeunes gens, chez certains individus sous l'influence des chaleurs, des mauvaises conditions hygiéniques, de la misère, du trouble des fonctions digestives, de l'habitation dans une chambre trop étroite, etc.

Le *strophulus* prend différents noms suivant le cas : *strophulus interstrictus*, quand les papules sont accompagnées d'un léger érythème ; *confertus*, quand elles sont très-rapprochées ; *volaticus*, quand il a une durée éphémère, se rapprochant ainsi de l'urticaire (Alibert avait désigné ce dernier sous le nom d'*épinyctide*).

Enfin le *strophulus prurigineux*, par les démangeaisons qu'il produit, peut être accompagné d'une insomnie presque absolue, apporter le trouble dans les fonctions digestives et altérer ainsi la nutrition.

Dans le *strophulus prurigineux* compliqué d'urticaire les bains sont plus nuisibles qu'utiles. S'il est entretenu par un état dyspeptique, on peut employer les préparations alcalines et arsenicales.

Comme moyens topiques, lotions soit avec l'eau vinaigrée, soit avec l'eau chloroformée (1 gram. de chloroforme pour 100 gram. d'eau), soit avec le sublimé (0,10 à 0,15 centigr. pour 100 gram. d'eau).

Une autre méthode également efficace consiste à saupoudrer les parties qui sont le siège des démangeaisons soit avec la poudre d'amidon, de lycopode, soit avec le mélange suivant :

Poudre d'amidon	40 gram.
Oxyde de zinc	10 gram.
Camphre	1 gram.

Enfin il faut proscrire toute alimentation excitante, comme pour l'urticaire. (*Union médicale*, septembre 1874.)

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS DE LA BLENNORRHAGIE.

Traitement de l'arthrite blennorrhagique. — La blennorrhagie peut être considérée comme une cause fréquente de rhumatisme.

L'arthrite blennorrhagique ne se montre qu'avec l'urétrite, aussi est-elle plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

Le plus ordinairement, cette arthropathie est mono-articulaire, mais elle sévit très-fréquemment sur plusieurs articulations à la fois, ou successivement.

La durée de l'arthrite blennorrhagique est de trois à six septénaires, mais il n'est pas rare de voir persister longtemps les épanchements synoviaux, les hydarthroses.

Le pronostic de cette affection n'est pas grave, à moins toutefois qu'il n'existe une prédisposition lymphatique ou scrofuleuse.

Le traitement de l'arthropathie blennorrhagique à *marche inflammatoire* consiste, ainsi que l'enseigne M. le D^r Ricord, dans la médication antiphlogistique, sédative et calmante.

Applications de sangsues une ou plusieurs fois répétées sur la partie malade.

Plus rarement, saignée générale, cataplasmes de farine de lin sur lesquels on versera une cuillerée du liniment suivant :

℥ Huile de jusquiame.....	100 gr.
Extrait de belladone.....	6 »
Camphre.....	4 »
Laudanum de Rousseau...	10 »

M. f. s. a.

— Purgatifs salins (eau de Pullna, de Birsmenstorf, de Sedlitz).

— Boissons délayantes : tisanes de chiendent, de queues de cerises, de pariétaire, additionnées du sirop suivant :

℥ Sirop de nymphœa... 500 gr.

Bicarbonate de soude. 8 »

M. f. s. a.

ou :

℥ Tisane de chiendent... } aa 500 gr.
Emulsion simple..... }

Sel de nitre..... 2 »

Sirop de limons..... 100 »

M. f. s. a.

Quand la maladie est subaiguë ou que d'emblée elle affecte la marche des affections chroniques, voici le traitement auquel il faut avoir recours :

Appliquer, immédiatement, un *large vésicatoire camphré* sur l'articulation malade.

Ce vésicatoire sera ensuite pansé avec du cérat opiacé et renouvelé selon les effets produits.

Le malade prendra, trois ou quatre fois par jour, dans une tasse d'infusion de bourrache, une cuillerée à bouche du sirop suivant :

℥ Sirop des 5 racines diurétiques... 500 gr.

Teinture de semences de colchique. 8 »

Bromure de potassium..... 16 »

M. f. s. a.

Le malade doit garder le repos le plus absolu et est soumis à une diète en rapport avec le degré d'intensité de l'arthrite.

Plus tard, si les engorgements persistent, si l'hydrarthrose n'a pas encore disparu, c'est encore sur les vésicatoires qu'il faut insister.

Les frictions mercurielles, les badigeonnages avec la teinture d'iode, la compression méthodique, l'immobilisa-

tion de l'articulation affectée, doivent aussi être employés comme dans les maladies des articulations de cause non blennorrhagique.

Enfin, au lieu de rappeler l'écoulement, comme le conseillent quelques auteurs, il faut l'arrêter au moyen des anti-blennorrhagiques, *copahu*, *cubèbe*, et l'on met ainsi le malade à l'abri d'une cause fréquente de récurrence. (*France médicale*, février 1875.)

Dr Dominique CALVO.

LIVRES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Étude sur la dermatite exfoliatrice généralisée, par E. Percheron.

Du psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale, par Ch. Mauriac. Broch. in-8°.

De l'érythème papuleux dans ses rapports avec le rhumatisme, par C. Coulaud. Broch. in-8°.

Étude sur le traitement de certaines adénites inguinales par la méthode de l'aspiration, par Le Pileur. Broch. in-8°.

Lésions tertiaires de l'anus et du rectum, par A. Fournier. Broch. in-8°.

Du sarcocèle syphilitique, par A. Fournier. Broch. in-8°.

Ces six ouvrages se trouvent chez A. Delahaye, éditeur, place de l'Ecole de Médecine, Paris.

Syphilitic lesions of the osseous system in infants and young children, par R.-W. Taylor, grand in-8°, 1875, chez William Wood, éditeur, New-York.

Mémoire sur les hypopes, par P. Ménégnin. Broch. gr. in-8°.

Mémoire anatomique et zoologique sur un nouvel acarien de la famille des sarcoptides, par P. Ménégnin. Broch., gr. in-8°.

Ces deux ouvrages chez Germer Baillière, éditeur, 17, rue de l'Ecole de Médecine, Paris.

Du traitement des hypertrophies et des atrophies, par le Dr E. Dally. In-8° de 34 pages. G. Masson, éditeur.

Le gérant, G. MASSON.

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

DES NOMENCLATURES et des CLASSIFICATIONS DERMATOLOGIQUES, par le Dr DAUVERGNE père, médecin de l'hôpital de Manosque et des Epidémies de l'arrondissement de Forcalquier, etc.

Un aimable professeur de dermatologie, M. Lailler, par une interpellation spontanée, m'avait inspiré l'idée de faire l'histoire des médecins qui s'étaient occupés en France des maladies de la peau. Mais pour faire de ce mémoire un travail plus particulièrement utile, je traiterai des nomenclatures et des classifications des dermatoses, me bornant, chemin faisant, à rapporter quelques anecdotes relatives à mon maître, le baron Alibert, et à l'hôpital Saint-Louis. Je dirai donc qu'Alibert fut nommé médecin en chef de cet hôpital au commencement de ce siècle, 1807, à peu près en même temps que son ami Richerand en devint le chirurgien. Cet hôpital n'était alors qu'un réceptacle d'incurables, et ce fut Alibert qui, en étudiant les maladies de la

peau, créa sa célébrité. Il produisit son grand ouvrage à peu près en 1814, sans prétention alors de classification, mais avec un tel luxe de gravures, qu'il ne se trouve plus que dans les bibliothèques nationales. Je sus, en effet, qu'il y dépensa cent mille francs, qui avaient été la dot de sa femme, et qu'il fut obligé de rendre intégralement à la mort de celle-ci. Un tel ouvrage ne pouvait être classique ; mais Louis XVIII, en exil, le remarqua, et à sa rentrée en France, manda Alibert, qui devint son premier médecin ordinaire.

Malheureusement alors, Louis XVIII, malade, le retenait beaucoup auprès de lui, et ce roi littérateur et philosophe le pressa d'écrire pour les gens du monde sa physiologie des passions. Il négligea donc son hôpital et les maladies de la peau, et plus malheureusement encore il s'adjoignit Bielt pour le suppléer autant que possible, le combla de bienfaits en tout genre, jusqu'à le faire nommer, chose inouïe, je l'ai déjà dit ailleurs, médecin de l'hôpital Saint-Louis avant qu'il fût docteur.

Une fois presque son égal à l'hôpital, pendant que son maître et son bienfaiteur était auprès du roi et occupé à écrire sa Physiologie, sa Thérapeutique, son Traité d'eaux minérales et sa Nosologie, alors que les cliniques, dit Gibert, étaient suspendues à l'hôpital Saint-Louis, Bielt, trouvant les relations avec l'Angleterre rétablies par l'effet de la paix qu'amena la Restauration, alla chercher le système de Willan. Il le proclama inspiré par les principes anatomiques qui commençaient à être de mode, et n'eut pas de peine à s'entourer d'élèves, qui le croyaient, d'ailleurs, le continuateur d'Alibert, qui voyaient pour la première fois une classification des maladies de la peau se vantant de précision anatomique, capable, disait-on, de faciliter le diagnostic de ces affections si diverses, si multipliées, si neuves pour eux et pour tous. Le courant clas-

sique se dirigea donc vers les salles de Bielt et le pas rétrograde, comme dit M. Rosanbum, fut embolté. D'ailleurs, les élèves ne voyaient guère Alibert, encore moins son grand ouvrage ; ils ne cherchaient pas à approfondir la science ; ils trouvaient plus commode de prendre telle quelle celle qu'on leur présentait.

Cependant le roi Louis XVIII mourut ; Charles X qui lui succéda, jouissait d'une excellente santé, et malgré qu'Alibert fût toujours son médecin, qu'il fût obligé de suivre le roi à Saint-Cloud, d'aller coucher aux Tuileries, où je suis allé quelquefois le voir dans les combles du pavillon de Flore, il eut une bien plus grande liberté. Ses autres ouvrages, sauf sa Nosologie qu'il a laissée inachevée pour reprendre les maladies cutanées, étaient terminés et il se livra avec d'autant plus d'ardeur à la dermatologie, qu'il voyait avec peine que les élèves faisaient fausse route en suivant le système de Willan.

Quoique âgé alors, il se livra à cette rénovation avec une ardeur juvénile ; son cœur et son âme l'y entraînaient tout entier, et moi qui assistais à son discours d'ouverture, je n'ai pu sans émotion remarquer sa bonne et spirituelle figure, l'élan enthousiaste de son cœur, lorsqu'il termina, les larmes à l'œil, par ces phrases que l'on lit encore dans son ouvrage : « Quant à moi, messieurs, il n'y a qu'une chose que je souhaite avec passion, c'est de m'attacher vos cœurs en même temps que vos esprits. Vous le dirai-je ? J'ai fait, en quelque sorte, toute ma joie de ces recherches. Aucune parole ne peut vous rendre le bonheur que j'éprouve à vous rallier autour de mes doctrines. Je sens plus que jamais que je dois m'interdire tout repos ; car il faut bien que mon œuvre s'achève, pour que je puisse bien mériter de vous, et par conséquent de l'humanité. » *Monographie des dermatoses*, discours, p. LXXI.) Il disait vrai. Il y travaillait nuit et jour. Il avait imaginé une petite

table pour pouvoir écrire dans son lit, lorsque la nuit il voulait consigner quelques réflexions ou profiter de ses heures d'insomnie.

C'était au commencement de l'été de 1828, sous les tilleuls du pavillon Gabrielle, qu'il donnait ses leçons, parce que l'amphithéâtre qu'on avait élevé uniquement à son usage était trop petit pour contenir la foule des élèves et surtout des médecins de toutes les nations qui venaient l'entendre. Seulement sa classification et sa nomenclature n'étaient pas alors entièrement achevées. Partant, l'arbre des dermatoses n'était qu'en projet. Nous y travaillions avec mon bien regrettable ami Bonnet, de Lyon, qui m'avait présenté à Alibert, et qui était mon professeur de dissection pendant que je lui donnais quelques leçons de peinture ; car, autant que possible, les élèves de l'hôpital Saint-Louis cherchaient à réaliser ces paroles de Voltaire : Demandez du feu à votre voisin pour le lui rendre le lendemain. Oui ! Bonnet déjà fort distingué, depuis illustre, ne trouvait pas si ridicule l'arbre des dermatoses. Lugol, lui-même, qui s'appelait volontiers l'élève d'Alibert, qui assistait souvent à ses leçons, disait au sujet de la première branche de cet arbre que le professeur divulgua tout d'abord (groupe des dermatoses dartreuses), que si les autres branches étaient faites avec autant de bonheur, ce serait une classification admirable. M. Rosambum n'a-t-il pas dit, depuis, qu'il avait composé la plupart de ses groupes avec bonheur ?

Il n'est donc pas exact de dire comme MM. Cazenave et Schédel, dans leur seconde édition, 1847 : « Par son enseignement brillant, le professeur Alibert avait bien attiré les regards sur l'hôpital Saint-Louis ; mais il n'avait pour ainsi dire que fait ressortir le côté pittoresque d'un sujet dont le sérieux semblait disparaître devant sa parole piquante et spirituelle. Cependant, depuis quelques années, un autre enseignement, un enseignement *grave*, s'élevait

dans le même hôpital: M. Biett voyait chaque jour s'accroître le nombre des auditeurs attirés par ses leçons cliniques. » *Abrégé des maladies de la peau*, préface, p. vii.)

On a dit quelque part: Un peu de vérité fait l'erreur du vulgaire. Or, la vérité entière est celle-ci: Depuis à peu près 1820, les leçons cliniques de Biett étaient les seules à l'hôpital Saint-Louis; la première édition de l'abrégé de MM. Cazenave et Schédel en 1828 était l'unique livre classique qui pût être entre les mains des élèves: l'abrégé d'Alibert avait vieilli, dit Gibert, et était si rare que je n'ai jamais pu me le procurer. L'enseignement d'Alibert, ne pouvant porter que sur ses premiers ouvrages, était réduit à ses élèves intimes et particuliers; d'ailleurs, je l'ai dit, il était occupé à d'autres travaux, pendant que Biett profitait et des leçons du maître et de l'illustration qu'il avait donnée à l'hôpital. Ouvrez la première édition du livre de MM. Cazenave et Schédel et vous verrez qu'ils n'ont pas osé, alors, dénier cette justice au médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis, au premier maître des dermatoses.

Je constate donc que l'enseignement régulier, ou plutôt le nouvel enseignement d'Alibert n'a commencé qu'en 1828, lorsque déjà Biett avait habitué les élèves à ses cliniques, c'est-à-dire au système de Willan. Seulement il est incontestable qu'Alibert avait, avant, adjoint Biett à ses travaux, et quelques articles de matière médicale de ce médecin dans les premiers volumes du Dictionnaire en soixante volumes en font foi. Ce n'est donc pas, comme le semblent dire les auteurs de l'*Abrégé des maladies de la peau*, que l'enseignement grave de Biett l'emportât sur celui d'Alibert. On appelle l'enseignement de Biett grave, on aurait pu dire lourd, méticuleux, paraissant sérieux, parce que sa figure était impassible. Si l'enseignement brillant, pittoresque, enthousiaste, si la figure souriante, les yeux expressifs d'Alibert ont moins captivé les élèves, tous les goûts

sont dans la nature, et Galien disait déjà : « Il y a des gens qui n'apportent à la controverse, pour tout mérite, qu'un air grave et imposant. » (*Méth. méd.*, liv. II.) Partant ce n'est pas nouveau. Mais j'incline plutôt à croire qu'ils étaient habitués à ce qu'ils avaient appris ; que ce qu'il fallait apprendre les gênait ; qu'ils ont trouvé, dès l'abord, des ouvrages classiques propageant le système de Willan, tandis que celui d'Alibert, qui aurait pu le devenir, n'a été publié qu'en 1833.

D'ailleurs, il faut en convenir, la monographie des dermatoses n'aurait guère été un ouvrage classique. Elle pénétrait trop au fond des choses ; elle était trop recherchée dans ses formes pour être un *vade mecum* des écoliers. Elle s'adressait à des dermatologistes consommés, plutôt qu'à des adeptes. Voilà pourquoi il a fallu que le temps s'écoulât et que de nouveaux maîtres se produisissent pour reconnaître le vrai mérite de la doctrine d'Alibert : et ces nouveaux maîtres ont été MM. Bazin et Hardy. Je dirai dans quelque travail ultérieur comment M. Bazin a exagéré les principes d'Alibert ; aujourd'hui je montrerai que M. Hardy les proclame, tout en ne rendant qu'une demi-justice à l'auteur des dermatoses ; que dis-je ? en étant même, trop légèrement, injuste envers lui. D'ailleurs, voici les paroles de M. Hardy qui vont nous fournir le thème de cet article, en examinant d'abord la nomenclature dermatologique, ensuite la classification des maladies :

« Malheureusement Alibert eut le grand tort de présenter sa classification sous une forme bizarre et de *changer les noms adoptés par tout le monde*, pour leur en substituer d'autres nouveaux, peu harmonieux et difficiles à prononcer... Ces dénominations *barbares* prêtaient au ridicule et firent grand tort à la classification naturelle ; on l'oublia, et pendant plusieurs années, dans les cours, dans les ouvrages classiques, la doctrine des lésions élé-

mentaires, plus simple, *plus facile en apparence* fut généralement adoptée. » (Hardy, *Cours sur les maladies de la peau*, p. 44, Paris, 1858.)

Je le dis hautement ! je regrette que des qualifications si inconsiderées soient sorties de la plume de M. Hardy contre le premier maître des dermatoses ; lui, qui a respecté jusqu'à ses détracteurs, qui poussait l'indulgence et l'urbanité à l'extrême. Ainsi, personne ne l'a jamais entendu se plaindre de son élève prévaricateur ; jamais il ne faisait sur lui la plus légère allusion ; il poussait la bonté de cœur jusqu'à la simplicité. Un hiver qu'il passa huit jours au lit pour une bronchite et qu'il reçut la carte de Bielt, dont il n'avait plus entendu parler depuis quinze ans, il m'en montra un véritable attendrissement, comme le père au retour de l'enfant prodigue. Que M. Hardy m'excuse donc, si je lui renvoie parfois les mêmes expressions. Je suis excusable, parce que je ne suis pas le provocateur et que je défends le meilleur des maîtres. J'étais bien jeune lorsqu'il me comblait de bontés, d'affection, alors qu'il mettait toute sa joie à nous instruire ; qu'on me permette donc de trouver le bonheur de ma vieillesse à consacrer mes dernières forces à la défense de ses doctrines.

Après cet épanchement de cœur, je m'écrie : Comment ! Alibert a changé les noms adoptés par tout le monde ! lui, qui, bien avant les noms que vous avez adoptés, en avait donné d'autres, ou plutôt avait conservé ceux que Celse, Galien, Paul d'Egine, Sennert, Baillou, Lorry, Sauvages avaient employés ! Vous en aviez adopté d'autres, c'est vrai ! mais ce sont ceux qu'avait changés audacieusement Willan et que vous avez accueillis sans examen, sans conteste, sans raison, comme nous espérons le démontrer ici une fois pour toutes. D'ailleurs, votre langage ajoute à sa fausseté la prétention d'être savant ; mais il n'a pas trompé tout le

monde, puisque M. Baumès l'appelle « une *amphigourique amplification*, hérissée de mots grecs et latins, dont les dermatologistes anglais ont encombré les maladies de la peau. » (*Nouvelle dermatologie*, t. I, p. 38.)

Quoi ! Alibert a employé des noms barbares, peu harmonieux, difficiles à prononcer ! lui, à qui on reproche d'avoir un style trop recherché, trop imagé ; lui, qui passait pour philologue, qui a été particulièrement recherché et estimé par les littérateurs, dont nous voyions ses salons pleins ; lui, l'élève de Gabanis, de Roussel, de Vieq-d'Azir, l'ami sympathique de Richerand, de Pariset ; lui, qui croyait qu'une œuvre ne pouvait être durable qu'autant qu'elle était bien écrite ; lui, qui enfin, a dit : « L'épithète de *lupus*, qu'on a voulu réintroduire dans la pathologie cutanée, pour désigner l'esthiomène, est un de ces mots qui répugnent au caractère positif des choses dont nous nous occupons ; c'est un terme métaphorique, absolument suranné, qui se ressent de la barbarie du moyen âge, *cujus mater est barbaries*, pour parler comme Linneus. Le célèbre Sauvages ne cessait de verser le blâme sur ceux qui avaient introduits dans la science de pareilles dénominations. Il faut, disait-il, rendre aux zoologistes les mots de *tortue*, de *taupe* et de *loup* ; aux botanistes, les mots de *rose*, de *lichen*, et, aux économes, les expressions de *cloud*, de *nœud*, de *courroie*, etc. Le terme d'esthiomène est conservé depuis longtemps à cause de la justesse de son étymologie ; la langue des sciences est une propriété commune, à laquelle nul ne peut toucher, s'il ne la perfectionne. » (*Ouv. cit.*, discours, p. XLIX et L.)

Remarquez quelle précaution d'urbanité, quelle finesse de langage, Alibert emploie pour critiquer justement les autres. Il ne se permet de parler qu'après avoir fait entendre des grands hommes : Linnée et Sauvages ! et vous le traitez directement de ridicule et de barbare ! Ses mânes

ont dû tressaillir à de si injustes qualifications ! Aussi, demanderai-je à mon tour où est le barbare ? où est celui qui change les noms ? Les barbares sont ceux qui ont adopté des dénominations, sans examen, sans contrôle. Vous les aviez adoptés ! on vous a contrarié, lorsqu'on vous a dit que vous l'aviez fait trop légèrement ; on vous a gêné, lorsque vous avez compris qu'il faudrait en apprendre d'autres ; vous avez été confus, lorsqu'on vous a démontré que vous manquiez à l'histoire, que vous bouleversiez le langage ; et vous renvoyez le blâme sur celui qui le rétablit. C'est aussi injuste que peu avisé ! La vérité a toujours son retour et nous le prouverons bientôt par vos propres paroles.

Je puis le dire sans vanité, avant moi (thèse inaugurale) personne n'avait cherché à faire l'historique des affections cutanées ; personne n'était allé fouiller dans les anciens cette nomenclature si embrouillée, s'éclaircissant toutefois d'âge en âge jusqu'à Lorry et Sauvages, pour être perfectionnée par Alibert. — Depuis, Gibert, Rayet, MM. Cazenave et Schedel ont fait précéder leurs livres d'un historique aussi, mais *in globo*, sans grande discussion, sans applications critiques, pour aboutir d'ailleurs à dire effrontément en tête de l'histoire de chaque maladie : Cette dénomination, jusqu'ici vague, a été définitivement fixée par Willan à l'affection dont nous traitons. Permettez-moi le mot, il n'est pas trop fort : c'est une manière d'escamotage ! et le public s'y est pris ; à quoi ne se prend-t-il pas ?

Qui est le barbare, de celui qui a rendu à la dartre mélitagre le nom qui la caractérise tout entière, puisqu'Hippocrate l'indiquait déjà en parlant des « crevasses de la peau qui laissaient écouler une matière semblable au miel, » (*Traité des affections*, part. XXXVI, trait. 14, p. 340, trad. de Gardeil), ou de celui qui est allé chercher votre impetigo, si vague, qu'il peut s'appliquer à tout, et

que les anciens, en effet, ont employé, tantôt pour désigner une dartre, tantôt pour la lèpre même? Celse parle des *impetiginibus specibus*, et au lieu des croûtes flavescentes, il dit qu'il s'en détache des écailles, *quasi squamulae solvuntur*. (Celse, *De papulis*, liv. V, chap. xxviii, p. 17.) Ailleurs, il désigne une dartre en parlant du *λαμριαν* des Grecs; mais il ajoute: *Nisi sublata est in impetiginem vertitur*. Aëtius, au contraire, fait de l'impetigo une dartre ronde: « *Differt autem lepra ab impetigine sylvestri, eo quod impetigo orbiculatim semper ad vicinos locos proserpit.* » (*Tetrab.*, IV, serm. I.) Ici l'impetigo est notre dartre furfuracée arrondie.

Enfin Jourdan, à l'article IMPETIGO du Dictionnaire en soixante volumes, après en avoir fait un long historique et montré que Pline regardait ce mot comme synonyme du *λαικην* des Grecs; que l'impetigo de Lanfranc, de Jean de Vigo devint la *morphée* du plus grand nombre, termine ainsi: « Le mot *impetigo* n'a donc jamais désigné qu'un ensemble d'affections mal distinguées et presque toujours confondues les unes avec les autres. Ce terme générique est tombé en désuétude depuis l'époque de l'extinction de la lèpre en occident. On ne le rencontre plus que dans les livres de quelques écrivains, tels que J.-P. Franck et Sauvages, qui ont réuni les exanthèmes chroniques sous le nom d'affections impétigineuses. » Or, ici encore était-il à sa place?

Le professeur de Vurzbourg, Schœnlen, aussi, ne s'y était pas trompé, lorsqu'il a voulu faire une classification des maladies de la peau. Il a tellement pris les *impétigines* en terme générique, qu'il en a fait diverses classes: les *impétigines*, qui renferment la variole, la rougeole; les *crypto-impétigines*, où se trouvent les groupes de l'intertrigo, de l'ichthyose, des éphélides; les *veræ impetigines*, où il place les lichens, les acnés, les herpès, les psoriasis, les

porrigos. (Voyez la thèse de notre condisciple M. Martins, aujourd'hui le savant professeur d'histoire naturelle à la faculté de Montpellier, p. 14, 1834.) Mais ces classifications n'en représentent pas moins une véritable tour de Babel où bientôt on ne s'entendra plus, et force sera de revenir aux doctrines et à la nomenclature de notre maître qui s'était perfectionnée en France d'âge en âge, soit par les traductions, soit par l'usage de notre langue.

Quel est donc le barbare, de celui qui va prendre un nom qui déjà depuis fort longtemps dans la science dépeint d'un mot le principal caractère d'une maladie, ou de celui qui individualise un nom vague, destiné et employé à une multitude de maladies mal caractérisées ; terme générique ne signifiant rien, ne désignant pas mieux un phénomène de la mélitagre que toute autre affection ?

De même, Willan a-t-il fait du mot *ἐκζέματα* que les Grecs, les anciens employaient pour désigner diverses maladies inflammatoires. Par esprit de contradiction, d'un terme encore générique vous avez fait une espèce, que dis-je ? une seule maladie. Alibert, fidèle à son principe, l'a appliqué à plusieurs affections qui avaient surtout pour caractère commun et prédominant ce qu'exprimait le mot *ἐκζέω*, je brûle, et a donné à la maladie que vous baptisez contrairement à la tradition historique celui d'*herpes squamosus madidans*, que vous ne déclarez même pas si barbare, puisque vous dites : « Alibert, qui aimait les mots étranges et pittoresques, désignait l'eczéma sous le nom de dartre squameuse, humide, expression qui avait l'avantage de donner une juste idée de l'aspect écailleux de la partie malade et de la sécrétion humide qui baigne sa surface. » (*Dict. de médecine et de chirurgie pratique*, art. ECZÉMA, t. XII, p. 31.) Ajoutez : et qui le met à sa place, c'est-à-dire dans le groupe des maladies dartreuses.

Un nom, dit Sauvages, devrait contenir la définition

d'une maladie, et sa définition les principaux caractères qui la font reconnaître. Eh bien, de votre aveu, ce nom étrange, *herpes squamosus madidans* définit, caractérise, diagnostique tout à la fois l'affection, sans compter que vous reconnaissez que votre eczéma est une dartre. Or, notre herpès est dans le groupe des dermatoses dartreuses, dont il est le premier type. Il désigne ainsi sa cause la plus générale, sa racine diathésique, sa pathogénie en un mot, en même temps que son genre affirme plus particulièrement son génie pathologique, et que *squamosus* dévoile sa forme et *madidans* son individualité morbide.

Peut-on voir quelque chose de plus barbare que d'avoir détourné et surtout employé la dénomination de lèpre à une dartre opiniâtre, si l'on veut, mais très-ordinaire, que nous avons vue souvent sur des jeunes et jolies personnes, jouissant, à part cela, de la plus brillante santé? Et sans discuter si la *λεπρα* des Grecs était le tsarath de Moïse et l'épouvantail des Hébreux; sans soutenir que pendant le moyen âge on n'ait pas confondu diverses maladies de la peau avec la lèpre; à notre époque, ce nom qui avait entraîné avec lui la réprobation universelle, la séquestration sociale, ne pouvait plus être appliqué à une maladie qui survient sur de jolies femmes, qui vivent dans le monde et qui en font le charme, comme j'en ai des exemples. Mais d'ailleurs, les anciens, dont on a contourné le témoignage, comme nous le montrerons, connaissaient parfaitement la lèpre et ne la confondaient pas avec une dartre. Arétée de Capadoce, Archigène, Aëtius et Paul d'Egine se sont trop bien expliqués à cet égard. Tandis qu'Arétée l'appelle la maladie *herculéenne* pour expliquer sa violence, sa gravité, Paul d'Egine précisément cherche à la distinguer des dartres et s'exprime ainsi : « *Verum lepra per profunditatem corporum cutem depascitur, orbiculatim modo, una cum hac quod squamas piscium*

squamas similes dimittit. Scabies autem magis in superficie hæret et varie figurata est et furfuraceæ corpusculæ remittit » (liv. IV. cap. II., edit. Junii Cornarii medici.)

Willan, ainsi que Bateman, auraient-ils voulu se tromper ou tromper les autres, comme disait Hippocrate, sur cette phrase de Paul d'Egine ? Toujours est-il que Bateman traduit cette phrase à sa manière, sans citer le texte, et qu'il en tire la conclusion que « les auteurs tels que Paul d'Egine, qui ont fait leur description avec l'exactitude la plus minutieuse, » (*Abrégé des maladies de la peau*, trad., p. 54) ont indiqué sous le nom de lèpre la dartre orbiculaire; bien entendu qu'il ne traduit pas le membre de phrase qui dit : *Scabies autem in magis superficie hæret et varie figurata est et furfuraceæ corpusculæ remittit* ; il ne s'arrête pas à cet autre caractère de la lèpre que désigne si bien Paul d'Egine, *per profunditatem corporum*, pas davantage à la différence des squames de poisson avec les furfures ; de ce qu'ils avaient englobé les écailles et les furfures sous la même dénomination, Paul d'Egine avait dû faire comme eux. Il invoque plus hardiment encore Aëtius, sans en reproduire une seule parole ! Aëtius qui dit explicitement, comme l'indique la phrase que nous avons citée, que la lèpre diffère surtout de l'impetigo parce que celui-ci prend des formes circulaires et s'étend toujours sur les lieux voisins. En un mot, Bateman fait dire à ses auteurs le contraire de ce qu'ils ont voulu particulièrement exprimer et distinguer, et Gibert pour arriver à la même conclusion, c'est-à-dire à pouvoir trouver la lèpre dans la dartre furfuracée arrondie, après beaucoup d'érudition, s'étaye tout au long du passage de Bateman. Et voilà comment les Willanistes justifient leur *lepra vulgaris*, voilà comment ils écrivent l'histoire.

D'ailleurs, à quoi bon tant de fraudes pour justifier leur mauvaise cause ? la démonstration de leur audace se

trouve inscrite dans l'association monstrueuse des mots *lepra vulgaris*. Il y a donc une autre lèpre ? sans doute, une *lepra nobilis* ; noble par sa gravité herculéenne, pour parler comme Arétée ; noble par son antiquité, par sa rareté. La conclusion est forcée : si l'une est commune, l'autre doit être noble ! *Risum teneatis*. Au reste, notre condisciple M. Martins, dans sa thèse, ou pour ces motifs et le ridicule de l'expression, ou pour d'autres raisons que nous reproduirons plus bas, demande la suppression de cette fausse dénomination : *lepra vulgaris*. M. Baumès dit : « Pour nous, il n'y a qu'une seule maladie à laquelle on doit donner le nom de lèpre ; c'est la lèpre tuberculeuse. » (*Ouv., cit., t. I, p. 53.*)

La lèpre des anciens, celle que nous avons vue ne fournissait pas de furfures. Alibert m'avait particulièrement confié un lépreux qui avait beaucoup voyagé dans les parages du nouveau monde et qui avait sur différentes parties du corps, notamment aux mains et aux bras, des écailles blanches, très-blanches. Cet homme finit par succomber à une émaciation extrême ; pendant que ses membres s'ulcéraient et se disloquaient, ses coudes entre autres, en s'appuyant sur son lit pour se relever, s'étaient ouverts et le fond de l'articulation se voyait. Il découlait de ses plaies une sanie qui maculait son lit de toute part et l'épuisait. Sur les ulcères, les squames blanches n'existaient plus, ni aucune croûte, la chair était vive, sanguinolente : les squames étaient le premier phénomène de la maladie et elles avaient persisté plusieurs années sans ulcération. Alibert, en effet, nous avait amené cet homme maintes fois auparavant à sa clinique. C'était là vraiment la leucée des anciens, et le nom de léontiasis devrait être réservé à cette lèpre tuberculeuse, dont j'ai vu plusieurs cas à Paris, ici même sur un jeune Américain qui me fut adressé de Genève par un confrère. C'est cette même lèpre qui, en décomposant la phy-

sionomie, avait dû atteindre Nabuchodonosor qu'on disait avoir été changé en bête. Donc, au lieu d'appeler une telle affection éléphantiasis des Grecs et une autre des Arabes, comme a fait Willan pour leur enlever le nom de lèpre si improprement appliqué ailleurs, elle devrait prendre le nom de léontiasis qui la caractérise, et celui d'éléphantiasis ne devrait être donné qu'à cette jambe dont le volume efface le pied et presque les orteils et qui ressemble si bien à celle de l'éléphant (jambe des Barbades).

Décidez maintenant qui est le barbare ? est-ce celui qui nomme et caractérise tout de suite par ces mots, *herpes furfuraceus circinatus*, une maladie commune, s'alliant avec la santé la plus florissante, avec une beauté qui souvent n'en subit aucune atteinte ; ou celui qui transporte à cette affection le nom de la maladie la plus rare aujourd'hui, la plus affreuse de l'antiquité et du moyen âge, l'horreur de tous les temps, de toutes les nations ? On a dérangé vos habitudes ! Mais pourquoi les prenez-vous si inconsidérément ? pourquoi prenez-vous à la lettre cette singulière coutume des Willanistes, lorsque audacieusement ils commencent, sans autre préambule, toutes leurs descriptions par ces mots : *dénomination autrefois vague, mais que Willan a définitivement fixée* ?

Quel droit avait Willan de donner à cette maladie le nom conféré à une autre ? Quel droit avait-il de bouleverser ainsi à tort et à travers, selon son bon plaisir, le langage de la science ? Il a eu le droit que vous lui avez donné si inconsidérément ; mais au moins il ne fallait pas accuser les autres, ceux qui veulent revenir aux vrais principes, à la tradition historique.

Vous parlez d'étrange ! L'étrangeté inqualifiable est dans cette façon de procéder des sectateurs de Willan : « Le mot *herpès*, employé depuis longtemps d'une manière vague et dans la même acception que le mot *dartre*, était appliqué

à plusieurs éruptions *d'une nature tout à fait différente*, quand Willan le réserva exclusivement pour un genre de maladies bien distinctes. » (Cazenave et Schedel, *Ouv. cité*, p. 154, édit. 1847.)

Appliqué d'une manière vague ! lorsque Hippocrate, Celse l'emploient et que Galien s'exprime ainsi : « *Herpes non semper ulcus est, non utique servatâ veteri sede, vicinas partes depascit, sed sicuti nomen ipsum indicat* (Ἑρπης ἀβ ἔρπω, serpo, repto), *ritu serpentis bestię relicto priore loco, transit ad alterum.* » (Galenus, *Méth. méd.*, lib. XI, cap. II) ! il parle de l'Ἑρπης ἐσιόμενος seu erodens, d'un *herpès miliaris* qui paraît être une mélitagre. Est-ce que Galien, qui était d'ailleurs un médecin grec, qui était né à Pergame, n'était pas mieux placé pour interpréter Hippocrate et concevoir le véritable sens que la médecine grecque donnait au nom *herpès*, que Willan vingt siècles après ? D'ailleurs, le mot *herpès* a été changé en *serpiges*, dertre, derte, dartre, par Guy de Chauliac, Joubert, Tagault, Fernel, Ambroise Paré, tandis que Guillemeau, Fabrice de Hilden, Fallope, son élève Fabrice d'Aquapendente, Marc-Aurèle Séverin, Pierre Laforêt d'Alcmar, Sauvages, prennent toujours le mot *herpès* pour représenter de véritables dartres et que Lorry s'exprime ainsi : « *Herpetum igitur qui serpendo dicuntur et apud nos verè et propriè vernaculâ linguâ dartres vocantur.* » (*De Morbis cutaneis*, art. 4, p. 294, in-4°.)

Voilà comment les Willanistes ont amusé le public ! Voilà comment ils passent sur les siècles et écrivent l'histoire ! Mais le plus beau tour, vous l'avez remarqué, c'est lorsqu'ils disent que le mot *herpès* a été employé pour désigner des maladies de *nature différente* ; eux qui ne reconnaissent en aucune manière la nature des maladies, qui ne voient que des lésions anatomiques et qui les arrangent si bien qu'ils placent dans les exanthèmes la péliose, πελιώσις (livide) de Swediaur et d'Alibert, qu'ils nomment

purpura pour qu'elle ne jure pas trop avec la rougeole et la scarlatine; dans les pustules, le *favus* à côté de la *petite vérole* : maladies qui n'ont pas même les rapports qu'ils leur prêtent; puisque la rougeole et la scarlatine sont des éruptions fébriles et la *pélio*se une hémorrhagie cutanée. Quant au *favus* et à la *petite vérole*, l'un a des croûtes au lieu de pustules, et l'autre, des pustules les mieux caractérisées.

Puis, toujours pour achever le tour, pour donner le dernier trait par la ritournelle d'usage, ils terminent : Willan réserva exclusivement la dénomination d'herpès pour un genre de maladies bien distinctes. Quelle raison ! Quelle conséquence ! Il pouvait aussi bien lui donner le nom d'arlequin, puisque vous admettez si facilement de si énormes prestidigitations. Comment ! Il a réservé à des maladies qui meurent sur la place où elle sont nées le nom d'herpès, consacré à celles qui *proserpiunt vicinos locos*, dit Aëtius; qui rampent, *relicto priore loco transiunt ad alterum*, dit Galien. Il a donné le nom d'herpès à des maladies éphémères, qui ne surviennent qu'une fois dans la vie, par accident; tandis qu'il était consacré à des affections qui renaissent souvent, qui dépendent d'une diathèse particulière, qui sont de longue durée. A coup sûr vous n'êtes pas pittoresques !

Avez-vous voulu être poétique lorsque vous avez appelé la *pélio*se *purpura* ? Cependant, le mot *pélio*se, livide, exprime bien la couleur bleu-noirâtre de cette hémorrhagie cutanée, ressemblant à des ecchymoses, dit Bécherelle; tandis que je ne trouve pas que jamais ces taches aient eu la couleur resplendissante de la pourpre, cette couleur royale dont le poète a pu dire aussi :

Lorsque du sein de l'empire des flots

Sortit la charmante Cyprine,

Alors, aux rives de Paphos,
Naquit la rose purpurine.

Certes, j'ai vu ces jours derniers la plus formidable péliose qui ne rappelait ni les manteaux royaux, ni les roses purpurines. Sur une vieille demoiselle, et tout à coup, les lèvres, le menton, une partie des joues, la langue, les gencives, toute la bouche furent violacées-noirâtres. Les lèvres étaient tuméfiées, pendantes; sur le corps existait une infinité de taches de même couleur, plus ou moins étendues. Le sang coulait incessamment des gencives, dans lesquelles les dents étaient ébranlées. Les muqueuses intérieures, celles de l'estomac, exhalaient aussi du sang, car elles rejetaient presque continuellement par le vomissement des caillots infects. Peu de jours après, ce qui était arrivé à la bouche survint aux parties génitales: les grandes lèvres et tout autour où la peau est amincie, dans les aines, tout fut noir, tuméfié; le sang s'échappait également par la muqueuse du vagin et peut-être de l'utérus; tout cela dura une quinzaine de jours, puis la teinte noirâtre devint bleue et jaune et ne présenta jamais rien de purpurin. Enfin, cette maladie, qu'on pourrait aussi appeler herculéenne, résista à tous les remèdes, pour finir heureusement au grand étonnement de tout le monde, excepté de moi, qui avais annoncé sa terminaison par l'épuisement de l'hémorrhagie, par la faiblesse de la malade, comme on le voit souvent dans l'hémoptysie et l'hématémèse.

Seriez-vous plus heureux, plus grave, plus sérieux, puisque vous aimez ces qualifications, en préférant le mot *acné* à celui de *varus* qu'Alibert a trouvé dans Celse: « *penè ineptiæ curare varos* » (lib. VI, cap. v, par. 25), qui était usité dans la Rome élégante, philologue, du temps de Cicéron, de Virgile, d'Horace, qu'avaient adopté Lorry et Sauvages? Aëtius, à peu près seul, parle des *acnés* qui

signifient jeunesse ; mais, si je vois des *vari disseminati* sur quelques jeunes gens, je vois particulièrement des trognes rouges (*varus gutta rosea*) et des *vari sebacei* sur des vieillards. J'ai en ce moment trois types divers de couperose, dont je me servirai dans une autre occasion ; mais je veux citer une vieille femme qui présentait naguère le plus remarquable *varus sebaceus*. Sur la joue gauche, elle offrait une croûte noire de l'étendue de plus de deux pièces de cinq francs, qui était le produit de la sécrétion sébacée déversée et accumulée sur la surface de la peau ; sur la joue droite une belle corne, aussi grosse et proéminente qu'un ergot de vieux coq. N'était-elle pas ainsi bien variée ? Si le mot est pittoresque, la femme l'était aussi ; et votre acné en pareil cas ne serait que burlesque.

Préférez-vous le mot *sycosis* (figue) à celui de mentagre que Pline employait, et depuis à peu près tous les Français. MM. Cazenave et Schedel, Gibert, l'ont trouvé sans doute si ridicule, si mal appliqué, qu'ils ont passé condamnation ; je n'ai donc plus rien à en dire, puisque justice lui a été faite. M. Bazin parle bien aussi de mentagre, de mentagreux, mais il emploie également les mots de *sycosis*, *sycosiforme*. Que veut-il dire alors ? Est-ce la forme de la figue qu'il veut désigner ou l'aspect de la mentagre ? M. Devergie pourrait bien avoir raison lorsqu'il lui reproche d'avoir bouleversé le langage dermatologique, déjà suffisamment embrouillé !

Maintenant trouveriez-vous bizarres les mots de dermatoses, syphilides, kéloïdes, qu'Alibert a inventés ? Mais vous vous êtes empressés de les adopter ; tout le monde les emploie ! parce qu'il n'y a pas dans Willan ses pareils en justesse d'expression et en harmonie ! Serait-ce ceux d'*olophyctis*, de *pirophyctis* que vous trouveriez peu harmonieux, difficiles à prononcer ? Il me semble, pourtant, qu'ils sont assez musicaux et que l'oreille la plus sensible

n'en saurait être affectée ; d'autant que l'un dépeint assez bien ces vésicules chaudes qui viennent aux lèvres, au prépuce, les aphthes qui s'observent dans la bouche, beaucoup mieux que vos *herpès* transposés. Le genre *pirophycitis* n'a-t-il pas l'avantage d'englober les diverses espèces de pustules malignes, et de les représenter par un mot qui les caractérise ?

Ah ! c'est la dénomination de *cnidosis* introduite par Plouquet qui vous offusque ! Elle n'exprime que le mot plus simple d'urticaire, c'est vrai ! Alibert aurait pu laisser ce dernier tel quel, d'autant que le mot grec ne représente pas mieux la maladie ; l'expression n'est pas barbare, mais c'est une hellénisme superflu ! n'avez-vous pas de pareils *med culpâ* à vous faire ?

Je sais que vous n'en voulez pas trop au mot *phlyzacia*, puisque au sujet de l'*ecthyma* de Willan, vous rejetez son *rupia*, en disant fort bien après Alibert et avec lui, que ce n'est là qu'une seule et même maladie différant seulement par un état aigu ou chronique. Reconnaisant ensuite les raisons nosologiques qui avaient porté mon maître à classer cette maladie parmi celles qui sont simplement inflammatoires : « Je me rapproche en cela, dites-vous, de la classification d'Alibert, lequel, donnant à l'*ecthyma* le nom de *phlyzacia*, l'avait placé dans la classe des eczèmes ou maladies inflammatoires de la peau. » (*Dict. de médéc. et de chir.*, art. ECTHYMA, t. XII, p. 363.)

Vous avez eu grandement raison, d'autant que *rupia* veut dire saleté, et vous en aviez déjà une de saleté, dans le *porrigo*, que Willan, selon sa louable habitude a transporté au favus ; cette espèce de teigne qui portait spécialement ce nom parce qu'il la caractérisait d'un seul mot. Malheureusement vous vous êtes arrêté en trop beau chemin en adoptant le mot *ecthyma* au lieu de *phlyzacia*. Or, votre *ecthyma* vient de ἐκθύειν, qui peut être traduit, disent

MM. Cazenave et Schedel, par *cum impetu ferri*, c'est-à-dire ayant la même signification que votre impétigo. Dès lors, tant d'impétuosité aurait dû effrayer la gravité des Willanistes, qui, en outre, caractérisent les pustules de leur ecthyma par la qualification de *phlyzaciées*. Autant valait appeler la maladie tout court : phlyzacia.

Mais, je le sais, la coutume de l'école est de tout détourner ! De ce que tout le monde avait appelé *favus* l'espèce de teigne qui présente des alvéoles, elle l'a appelé *porrigo*, en y joignant le mot de *favosa*. Il fallait bien que son ecthyma fût phlyzacié, pour lui donner un caractère. Puis l'on ajoute toujours gravement : « Willan et Bateman ont donné au mot ecthyma un sens plus rigoureux que nous avons adopté avec Biett. » (Cazenave et Schedel, *Ouv. cité*, p. 271). Vous appelez cela rigoureux, moi je le trouverais plaisant s'il n'était pas audacieux. Willan n'avait pas besoin de détourner encore le mot ecthyma de son sens générique, lorsque celui de *φλυζάκιον* existait dans toute la médecine grecque et exprimait très-bien les grosses bulles de la maladie, de *φλύξω*, je bous. — Hippocrate, au dire de M. Rayer même, s'était servi de l'expression *ἐκθύματα* pour désigner une éruption générale chez une nourrice. Les anciens, ne pouvant spécifier les maladies, se servaient des termes génériques d'exanthèmes, d'eczèmes, d'impétigines, d'ecthymatoses ; mais il appartenait aux modernes d'épurer ce langage, sans en détourner la signification, et en tenant compte de ceux qui avant nous les avaient interprétés. Bacon disait fort judicieusement que l'imperfection du langage est un des plus grands obstacles à la découverte de la vérité.

Mais en voilà assez pour montrer que les barbarismes et les barbares ne sont pas du côté de mon illustre maître. Expliquons maintenant comment la mauvaise doctrine a pris le pas, pour me servir encore de l'expression de

M. Rosanbum. Vous savez déjà que les circonstances ont permis à Bielt de prendre les devants. Or, celui-ci en restant simplement fidèle à son maître ne pouvait faire école; il lui fallait, à tout prix, un autre système, aussi ne craignit-il pas de se revêtir de la peau du lion, même d'un lion étranger; plus il s'éloignait de son maître, plus il paraissait original. Que lui importait d'introduire un système anglais, pourvu qu'il fût oublier les doctrines françaises? Que lui importait d'être dans la bonne voie? Il avait un public qui n'y regardait pas de si près; il avait rencontré, lui, des disciples fidèles, qu'il lancerait au besoin contre son ancien maître, et ils n'y ont pas manqué.

Cependant, ceux-ci ne pouvaient attaquer face à face. Alibert, il était trop élevé pour cela. Ils se sont bornés à employer les armes du ridicule, et la prodigieuse originalité du grand maître leur a servi. Mais ils auraient dû penser que tôt ou tard le bout de l'oreille se montrerait; que le rideau dont ils avaient caché le colosse serait tiré, et c'est précisément M. Hardy qui a eu cette bonne fortune et cette heureuse inspiration, lorsqu'il a enseigné: « Mais à mesure qu'on avança dans *l'étude approfondie* des maladies de la peau, on ne tarda pas à sentir, *sous le rapport pratique*, l'insuffisance de la classification anglaise; les élèves les plus dévoués de Bielt dévièrent peu à peu de la direction adoptée par leur maître, et se rapprochèrent sans l'avouer de la méthode naturelle proposée par Alibert; cette méthode est en effet la plus philosophique: elle permet de ranger les maladies d'après leurs affinités et leurs dissemblances les plus naturelles; c'est *la seule qui soit féconde en résultats thérapeutiques*. C'est vous dire que nous adoptons cette base de classification et que nous considérons les maladies de la peau d'après ce point de vue pratique, faisant bon marché des détails et des *apparences anatomiques variables* (de la méthode anglaise) dans les

mêmes affections, pour nous attacher aux causes, aux phénomènes principaux et aux indications thérapeutiques.» (*Ouv. cit.*, p. 11 et 12.)

Pourquoi donc en entrant si bien dans l'esprit de la doctrine d'Alibert, pourquoi en comprenant si particulièrement le génie de l'auteur des dermatoses, l'accuser si injustement, si légèrement, si fausement de barbarismes, au sujet de la nomenclature? Nous l'expliquerons plus complètement dans un autre travail, mais dore et déjà nous pouvons dire, comme nous l'avons fait pressentir dans notre mémoire sur l'esthiomène, qu'en adoptant les noms insignifiants, sans valeur de Willan, en s'en servant simplement comme d'étiquettes, chacun peut les changer de place, les mettre à gauche ou à droite, pour parler comme Royer-Collard; composer à sa guise une espèce de classification nouvelle; sembler faire du nouveau; tandis qu'avec la nomenclature de notre maître, c'est impossible. Chaque dénomination peint si bien une maladie dans ses causes, dans ses phénomènes, ses indications thérapeutiques, qu'on est obligé de l'adopter ou d'en prendre une autre. Voilà le grand motif que l'on cache soigneusement au public; voilà la ficelle par laquelle on ne craint pas de prendre toute sorte de faux fuyants, de se servir du blâme, d'un silence injurieux et d'employer le sarcasme comme nous allons le voir dans les paroles de MM. Cazenave et Schedel, qui vont nous servir à leur tour de thème pour le chapitre suivant.

(A suivre.)

MÉMOIRE SUR LES AFFECTIONS SYPHILITQUES
PRÉCOCES DES CENTRES NERVEUX, par CHARLES
MAURIAC, médecin à l'hôpital du Midi.

(Suite.)

OBSERVATION IV.

*Syphilose cérébro-spinale. — Ramollissement de la moelle
épinrière.*

Chancre infectant, suivi au bout de deux mois d'accidents cutanés et muqueux légers. Au 75^e jour du chancre, troubles cérébraux vagues; au 100^e, *paralysie du nerf moteur oculaire commun du côté droit*. Au bout de 87 jours, guérison très-rapide, produite par une abondante salivation mercurielle.

Au septième mois du chancre, deuxième détermination syphilitique intra-crânienne sur l'hémisphère droit : *Hémiplégie incomplète de tout le côté gauche*. Dilatation de la pupille gauche et diplopie. Céphalalgie, vertiges, affaiblissement de toutes les fonctions nerveuses. Processus rapide de cette attaque d'encéphalopathie; guérison au bout de 40 jours.

Au neuvième mois du chancre, troisième détermination de la syphilis sur les centres nerveux. Dès le début, les accidents nerveux sont tout à la fois cérébraux et spinaux. Diffusion des phénomènes. Deux principaux foyers de douleur, l'un à la tête, l'autre derrière le sternum. Troubles de

l'intelligence, du mouvement et de la sensibilité. Après cette première phase qui trahit, par la diffusion des phénomènes, la souffrance de tout l'axe cérébro-spinal, et qui dure environ un mois, les désordres se concentrent sur les extrémités inférieures, et on observe tous les symptômes d'une *myélopathie syphilitique grave*, qui se termine par la mort au treizième mois de la syphilis, et 400 jours après le début de cette dernière détermination syphilitique cérébro-spinale. Pendant toute sa durée, les phénomènes de dépression dominant. Dans les derniers jours, convulsions, trismus et spasme pharyngo-œsophagien.

L'autopsie fait constater l'intégrité des parois osseuses et des méninges. Le cerveau est intact. Ramollissement de la moelle épinière dans son tiers inférieur. Épanchement ultime de sang dans le canal rachidien, consécutif à des échares du sacrum.

I

M. C... (Narcisse), âgé de 27 ans, boulanger, entré dans mon service à l'hôpital du Midi, salle 6, n° 20, le 11 juin 1872, est d'une constitution lymphatique, mais se porte habituellement très-bien, et ne présente dans ses antécédents aucune trace de maladie générale héréditaire ou acquise. En 1870, varioloïde assez grave. En 1863, chancre mou, suivi d'un bubon suppuré.

Après avoir eu des rapports avec plusieurs femmes, vers la fin de février et au commencement de mars 1872, ce malade vit apparaître, dans la rainure, un chancre qui se compliqua bientôt de phimosis et de balano-posthite. Adénopathie indolente consécutive. Guérison très-lente de l'accident primitif. Traitement spécifique dès les premiers jours de mars.

Dans les derniers jours de mai (deux mois après le début

du chancre), apparition des accidents syphilitiques consécutifs : plaques muqueuses sur le scrotum, puis dans la gorge, croûtes dans les cheveux, éruption discrète de petites pustules d'ecthyma à tendance résolutive, siégeant principalement sur les membres.

Dès son entrée (deuxième mois et demi du chancre), je fis prendre au malade du protoiodure; j'y ajoutai, au commencement de juillet, de l'iodure de potassium, parce qu'il était survenu des phénomènes nerveux qui se montraient pour la première fois, et dont le plus marqué était une céphalalgie générale serrant la tête comme dans un étau, incessante, diurne et nocturne, ayant commencé brusquement le 27 juin et ayant duré jusqu'au 8 juillet, et diminué progressivement, sans être accompagnée d'aucun trouble du côté des organes des sens, ni des fonctions sensitives et motrices.

II.

Le 5 juillet (trois mois et demi environ après le début du chancre), le malade s'aperçut d'un léger brouillard devant l'œil droit et éprouva un peu de photophobie, sans larmoiement ni rougeur de la conjonctive. Le lendemain, la vue était plus trouble, et il existait un prolapsus de la paupière supérieure droite, survenu insensiblement et sans être accompagné d'aucun phénomène ressemblant à une attaque.

Le 11 juillet (sixième jour du prolapsus), je notais l'état suivant : amaigrissement notable depuis le commencement de la maladie; le poids du corps, de 190 livres, est descendu à 135 livres. Pâleur, diminution des forces. Les petites pustules d'ecthyma sont cicatrisées.

La paralysie est exclusivement limitée à la paupière supérieure, et elle y est complète. Pas de déviation du

globe oculaire. La rotation en dedans paraît être un peu gênée. L'orbiculaire a conservé toute son énergie. Les milieux de l'œil sont très-sains.

La pupille, quoique mobile, est deux fois plus dilatée que celle du côté opposé. Les objets paraissent un peu troubles, et ceux qui ne sont distants de l'œil que de 0^m50^c ont l'air d'en être à 2 mètres, de plus ils semblent éclairés d'une lumière plus éclatante qu'elle ne l'est en réalité.

Il n'existe aucun trouble nerveux du côté de la sensibilité et de la motilité générales. Quelques crampes dans les deux jambes, au niveau de l'insertion des fibres musculaires sur le tendon d'Achille.

(Le malade prend maintenant 6 grammes d'iodure de potassium et deux pilules de protoiodure.)

19 juillet. — Paralyse complète du releveur. Les autres muscles animés par le moteur oculaire commun commencent à présenter des signes d'affaiblissement: ainsi il existe un peu de déviation du globe oculaire en dehors; les mouvements en bas sont accompagnés d'une rotation incomplète du globe oculaire sur son axe antéro-postérieur.

Depuis hier, douleurs très-vives dans l'œil traversant la tête d'arrière en avant et ressortant à la nuque. Insomnie. Milieux de l'œil toujours limpides. Dilatation de la pupille. Les objets paraissent très-éloignés et en même temps très-éclairés.

18 juillet (19^e jour du prolapsus). — Les troubles nerveux sont limités à l'œil droit. Céphalée très-violente occupant la moitié frontale de la tête et surtout les insertions occipitales des muscles de la nuque. Paralyse complète du releveur; un peu de strabisme externe. Mouvements du globe oculaire en dedans, en bas et en haut incomplets. Mouvements autour de l'axe antéro-postérieur très-faciles. Mouvements en dehors très-énergiques.

Pupille dilatée et mobile. Les objets paraissent un peu moins éloignés et moins éclairés. Douleur térébrante dans l'intérieur de l'orbite, insomnie, aucun trouble psychique. Légère amélioration depuis deux jours (6 centigrammes de protoiodure et 6 grammes d'iodure de potassium).

III.

27 juillet (22^e jour du prolapsus). — Amélioration très-notable; la paupière se relève à moitié par l'action seule du releveur, mais il faut l'intervention de la volonté, et, quand elle fait défaut, la paupière reste en prolapsus complet. Auparavant elle ne se relevait un peu que par la contraction du frontal. Sensibilité à la pression très-vive dans la cavité orbitaire entre le globe oculaire et la voûte, provoquée par le seul passage d'un linge sur la paupière supérieure, pour s'essuyer. Douleurs nocturnes dans les deux orbites; les douleurs occipitales ont entièrement disparu. Au point de vue de l'état général, le malade se sent aussi infiniment mieux. La sensibilité de l'œil malade à la lumière est beaucoup plus vive que dans l'œil sain. Le mouvement en bas du globe oculaire est le plus compromis; le mouvement en dedans s'exécute assez bien, mais il est incomplet. Pas de diplopie, excepté en regardant de côté les objets un peu éloignés, strabisme externe. Aucun trouble psychique; pas de paralysie ni de lésion de la sensibilité dans d'autres parties du corps. (Même traitement. — Toniques.)

3 août (29^e jour du prolapsus). — La paupière est retombée; le malade se sent moins bien que les jours précédents. Je fais appliquer un séton à la nuque.

5 août. — La paupière se relève mieux. Toujours strabisme externe et mêmes troubles de la vision, mais moindres

Pupille un peu dilatée. Plus de douleurs de tête depuis huit ou dix jours.

15 août. — Stomatite mercurielle avec plaques grises sur le bord des gencives et la partie inférieure de la langue ; salivation très-abondante.

IV.

A partir de ce moment, il survint une amélioration très-rapide du côté de l'œil. La paupière droite, qui depuis l'application du séton avait commencé à se relever, recouvra presque complètement l'amplitude normale de son mouvement en haut au bout de cinq ou six jours. Le strabisme externe subsistait encore ; la vision n'était pas parfaitement nette.

Le 31 août (37^e jour), il n'existait plus trace du prolapsus de la paupière supérieure, qui se relevait tout autant que l'autre. La pupille était toujours mobile ; son ouverture avait beaucoup diminué, tout en restant un peu plus grande que celle du côté opposé. Quant à la déviation du globe oculaire en dehors, loin de s'atténuer comme les autres symptômes, elle a au contraire augmenté. Il existe un strabisme externe très-prononcé. Cependant l'œil peut être facilement tourné en dedans par un acte de la volonté. La rotation de bas en haut et de haut en bas est très-facile. Pendant ces mouvements la pupille se contracte et se dilate alternativement. Elle se contracte lorsqu'on ordonne à tel ou tel ordre des muscles rotateurs de l'œil de se contracter, et qu'il se contracte.

Maintenant l'œil malade ne voit plus les objets inondés de clarté comme autrefois ; mais ils semblent toujours éloignés, quoiqu'un peu moins. La lecture est facile, bien qu'il y ait une espèce de brume devant l'œil malade.

En somme, amélioration très-notable du côté de cet organe. Malgré la salivation (1 litre de salive par jour) qui a empêché le malade de manger autant qu'il l'aurait voulu, la santé générale est beaucoup plus satisfaisante qu'auparavant. Cependant il est encore faible, et son poids, qui était de 187 livres avant sa maladie, n'est plus maintenant que de 133.

7 septembre. — L'amélioration continue ; la pupille n'est plus dilatée ; strabisme, et, quand le malade ne fait pas effort pour ramener les deux axes oculaires dans le parallélisme, diplopie. Ainsi, en écrivant, il se figure souvent avoir fait deux fois la même lettre.

16 septembre (73^e jour de l'affection oculaire, 178^e du chancre). — Le traitement hydrargyrique était interrompu depuis la salivation ; le traitement ioduré était continué. Le 14 septembre, le malade se plaint d'une céphalée très-vive, tantôt frontale, tantôt occipitale, presque continue et avec une acalmie de 30 à 40 minutes toutes les 3 heures seulement. Insomnie presque complète. En même temps la vue devient plus faible. Brouillard plus épais devant les yeux. Diplopie plus accentuée. État général moins bon. — (2 pilules de protoiodure, 6 grammes d'iodure de potassium.) — A l'ophthalmoscope on ne distingue pas bien la papille, on la voit comme à travers un nuage. Pas de flocons dans le corps vitré.

30 septembre (87^e jour). — La recrudescence des troubles oculaires survenus il y a quinze jours n'a été que momentanée. A première vue, le strabisme n'est plus sensible. Diminution très-notable de la diplopie, céphalalgie moins vive, retour des forces.

V.

Tels furent chez ce malade les premiers, mais malheureusement pas les seuls effets de l'action du virus syphilitique sur le système nerveux. On verra par la suite de son histoire que le cerveau, puis la moelle épinière, furent successivement, puis simultanément atteints d'une façon si grave que la mort en fut la conséquence. Avant de poursuivre le récit de tous ces désordres, examinons ceux qui ont ouvert la scène.

Il y avait environ 70 ou 80 jours que le chancre avait débuté, lorsque se manifestèrent les premiers symptômes de la détermination syphilitique sur le cerveau, constituée pendant huit jours par une céphalalgie extrêmement violente, puis par quelques troubles de la vue. Le processus morbide, un peu vague au début, ne tarda pas à se localiser, et il devint bientôt manifeste que le nerf moteur oculaire commun était le seul organe atteint. Pendant 87 jours qu'a duré cette paralysie de la troisième paire, on a pu étudier jour par jour ses symptômes, suivre sa marche et se rendre compte de l'action des médicaments.

Faisons d'abord remarquer que la syphilis, à en juger par l'accident primitif et par les accidents consécutifs, cutanés et muqueux, était légère plutôt que grave, et que rien dans son allure ne faisait prévoir les déterminations si précoces et si graves dont les centres nerveux devinrent ultérieurement le siège.

Tous les muscles qu'anime le moteur oculaire commun n'ont pas été pris simultanément. Ils ont, pour ainsi dire, été envahis un à un. Le strabisme externe a été progressif, et c'est là ce qui arrive lorsque le droit externe a été privé pendant quelque temps de l'antagonisme du droit interne. — Pen à peu la faculté accommodatrice a été anéantie,

et l'œil malade ne s'est plus adapté qu'au point le plus éloigné de la vision distincte. La paralysie du sphincter de l'iris et la dilatation consécutive de la pupille expliquent pourquoi les objets, renvoyant sur la rétine une plus grande somme de rayons lumineux, paraissaient plus éclairés avec l'œil malade qu'avec l'œil sain.

Je laisse au lecteur le soin d'analyser et d'interpréter au point de vue de la physiologie pathologique les phénomènes présentés par cette paralysie du nerf moteur oculaire commun; je me contenterai de mentionner, comme étant peut-être l'indice de la nature syphilitique de la lésion, les douleurs térébrantes siégeant dans l'intérieur de l'orbite, l'insomnie et la céphalalgie.

Le traitement a été poussé avec vigueur; mais c'est le 22^e jour seulement qu'on a observé un peu d'amélioration, quoique le malade, soumis à la médication mixte, eût absorbé déjà 60 grammes d'iodure de potassium.

Cette amélioration n'a été que momentanée, il y a eu une rechute, et les symptômes ne se sont amendés d'une façon bien décidée et très-rapide que lorsque j'ai pu obtenir une salivation mercurielle abondante au moyen de frictions. Le résultat a été vraiment merveilleux et infiniment supérieur à celui qu'avaient produit très-lentement des doses considérables d'iodure de potassium.

Pendant toute la durée de cette paralysie du moteur oculaire commun, les autres fonctions qui dépendent du système nerveux n'ont subi aucune atteinte; et, si les premiers accidents cérébraux avaient pu faire craindre une action plus ou moins générale et diffuse du virus sur l'encéphale, il est devenu manifeste au bout de quelques jours que cette action morbide était concentrée exclusivement sur le nerf moteur oculaire commun du côté droit.

Peut-on dire quel était le siège de la lésion? Les cinq muscles auxquels se distribue la troisième paire ayant tous

été frappés de paralysie, il est grandement probable que son tronc a été primitivement altéré. Sur quel point? vers son origine, pendant son trajet dans la paroi externe du sinus caverneux, ou à travers la fente sphénoïdale? De quelle façon? directement ou indirectement, par une tumeur ou par une suffusion hyperplasique diffuse, etc., etc.? A toutes ces questions, qui se présenteront souvent dans le cours de ce mémoire, il est impossible de donner une réponse satisfaisante.

VI.

Après sa sortie de l'hôpital, le malade cessa tout traitement, la céphalée disparut tout à fait; la vue revint presque aussi bonne qu'avant la paralysie du moteur oculaire commun droit, et l'état général continua à s'améliorer.

Tel était l'état des choses, lorsque le 18 octobre 1872 (7^e mois à partir du début du chancre), il fut repris, sans cause appréciable, de maux de tête aussi violents que par le passé, et qui lui enlevèrent tout sommeil. Cette céphalée, qui occupait principalement le front, était continue avec exacerbations nocturnes.

Au bout de trois ou quatre jours, il survint des phénomènes encéphaliques nouveaux graves, du côté du mouvement et de l'intelligence. Ainsi le malade fut pris d'une sorte de faiblesse croissante dans tous les membres, qui lui rendit tout travail impossible. Les jambes pliaient sous lui et il éprouvait la plus grande difficulté à marcher. Il lui arrivait aussi de laisser tomber les objets qu'il tenait à la main. Pourtant la sensibilité n'était pas profondément atteinte, car il sentait le sol et le sens du toucher était peu modifié; mais de temps à autre une sorte d'engourdissement, de demi-paralysie annihilait l'action de tout le système nerveux.

Il éprouvait de plus des vertiges et des étourdissements. A cinq ou six reprises différentes, il lui est arrivé de tomber, mais sans perte de connaissance, sans convulsions ni écume à la bouche. Ces crises sont quelquefois survenues pendant la nuit et l'ont fait choir du lit. Elles étaient toujours suivies d'un collapsus général des fonctions nerveuses.

Quand le malade vint me consulter, le 25 octobre, je fus frappé de son air d'hébétude, de l'embarras de sa parole et surtout de sa faiblesse musculaire. Il ne pouvait marcher que soutenu par quelqu'un. La lettre que je lui donnai pour le faire entrer dans mon service glissa plusieurs fois de ses doigts sans qu'il s'en aperçût. Je remarquai, quand les muscles de la face entraient en jeu, que la bouche était un peu déviée du côté droit et que tout le côté gauche avait encore moins de force que le côté droit. Le malade avait constaté lui-même cette faiblesse relative du côté gauche : en portant deux seaux d'eau, il laissa tomber celui de gauche.

Le 30 octobre (7^e mois du chancre, 12^e jour de l'encéphalopathie), le malade présentait l'état suivant : La faiblesse de tout le côté gauche du corps ne constitue qu'une hémiplegie très-incomplète, ainsi qu'on peut s'en assurer en soumettant à diverses épreuves l'énergie de la contraction musculaire. Le malade serre beaucoup moins fort de la main gauche que de la main droite ; sa jambe gauche paraît aussi plus faible que celle du côté droit ; néanmoins il peut marcher seul et aller jusqu'aux lieux d'aisance, qui sont à une assez grande distance de son lit. La parésie est moins grande dans le membre inférieur que dans le supérieur. Quant à l'hémiplegie faciale, elle ne se décèle que lorsque le malade parle ou rit, etc. A l'état de repos, la face est symétrique ; le jeu des paupières est le même des deux côtés. Aucune déviation de la langue, de la lèvre ni

des globes oculaires. Légère déviation de la bouche à droite.

Toutes les sensibilités sont conservées à gauche, mais avec un certain degré d'obtusion qu'on apprécie surtout quand on les compare à celles du côté droit. — Céphalée continue avec exacerbations nocturnes.

Insomnie, et cependant torpeur, hébétude, sorte d'assoupissement comateux. La mémoire et l'intelligence ne sont pas notablement affaiblies. Il existe une espèce d'hypéresthésie des yeux et des oreilles qui oblige le malade à rester la tête enfoncée sous son drap pour éviter le bruit et la lumière. — Pas d'hallucinations, ni de convulsions, ni de contractures, ni de vomissements. — Parole trainante, embarrassée. — Langue blanche sans trace de morsure, pas de fièvre. (Traitement : 2 verres d'eau de sedlitz, 2 gr. de chloral; 2 gr. sirop de biiodure ioduré; 7 d'iodure de potassium.)

VII.

31 octobre (13^e jour de l'encéphalopathie). — Un peu de mieux. Tous les symptômes ont graduellement diminué depuis l'entrée du malade à l'hôpital. — La pupille gauche est un peu dilatée. La céphalée est toujours violente; douleurs très-vives dans les deux voûtes orbitaires. — Obnubilation et diplopie légère.

4 novembre (17^e jour de l'encéphalopathie). — Les douleurs de tête sont beaucoup moins vives. Le malade dort maintenant une partie de la journée et de la nuit, et cependant il présente moins de torpeur; il est plus gai; son intelligence est plus vive, sa parole plus nette. La paralysie paraît aussi avoir un peu diminué.

11 novembre (24^e jour de l'encéphalopathie). — Amélioration très-notable du côté de la motilité; l'hémiplégie faciale est presque insensible, même lorsque les muscles de la

face sont mis en jeu d'une façon énergique ; les plis de la peau sont alors aussi nombreux et aussi profonds à gauche qu'à droite, et il n'existe qu'une déviation imperceptible.

Le malade peut se tenir et même sauter à cloche-pied sur le membre inférieur gauche ; la main serre beaucoup plus fortement que les jours précédents.

La sensibilité est à peu près égale des deux côtés. L'hypéresthésie de la vue et de l'ouïe a disparu depuis huit jours. — Plus de diplopie ni de brouillards devant les yeux ; la vue est aussi bonne à gauche qu'à droite. L'ouverture pupillaire gauche reste toujours plus grande que celle du côté droit. Les deux pupilles sont également mobiles.

L'encéphale a repris pleine possession des facultés intellectuelles. Le malade peut lire toute la journée sans se fatiguer.

21 novembre (34^e jour de l'encéphalopathie). — Disparition presque complète de la paralysie ; cependant encore un peu de faiblesse à gauche. — Sensibilité un peu obtuse de ce côté. — Plus de céphalalgie ni de douleurs sus-orbitaires. — Sommeil ; intelligence nette. — Aucun embarras de la parole. — Vision très-distincte. — Pas de diplopie. Mémoire revenue. — Pupille gauche un peu plus dilatée que la droite. Etat général très-satisfaisant. Les érections, qui avaient disparu, sont revenues. — Le froid engourdit plus vite la sensibilité à gauche qu'à droite.

Le 5 mai (quarante-huitième jour de l'encéphalopathie), le malade est sorti de mon service complètement guéri. Aucun trouble du côté de la sensibilité ni du mouvement. Pupille gauche un peu plus dilatée que la droite. Il n'y a eu aucune manifestation syphilitique sur les autres régions du corps.

VIII.

Ainsi, cette deuxième poussée de la syphilis, qui a suivi de près la guérison apparente de la première, puisqu'elle a débuté 18 à 20 jours après, s'est exclusivement concentrée sur le cerveau, et a respecté tous les autres systèmes. En résumé, ses principaux caractères ont été :

1° Après une céphalalgie prodromique de quelques jours, une perturbation de la plupart des fonctions cérébrales : parésie du système musculaire dans son ensemble ; accidents vertigineux, troubles des sens ; obtusion des facultés intellectuelles, etc., indiquant un état de dépression plutôt que d'excitation. Deux phénomènes ont fait exception : l'hypéresthésie de l'ouïe et celle de la vue ; mais ils n'ont été que de courte durée.

2° Une hémiplegie de tout le côté gauche, plus accusée dans le membre supérieur droit que dans l'inférieur et à la face ; elle est toujours restée fort incomplète ;

3° L'affaiblissement très-léger de la sensibilité dans le côté du corps paralysé ;

4° L'insomnie pendant la nuit, la torpeur pendant le jour, l'hébétéude, la céphalalgie et quelques accidents vertigineux ;

5° La dilatation de la pupille gauche, la diplopie et l'obnubilation.

Quant au processus de cette encéphalopathie, il a été rapide, puisque le vingt-quatrième jour tous les phénomènes morbides avaient disparu ou ne laissaient plus que des vestiges insignifiants. Au bout d'un mois et demi, la guérison était complète. C'est vers le septième ou le huitième jour que l'affection a atteint la plénitude de son développement, puis elle a décliné progressivement jusqu'à sa terminaison.

En laissant de côté les vertiges, la céphalalgie, l'affaiblissement des phénomènes intellectuels, etc., etc., accidents qui se manifestent chaque fois qu'une action morbide un peu vive et générale se détermine sur le cerveau et sur son enveloppe, on voit qu'il y a eu deux localisations des symptômes : les uns, hémiplegie, obtusion de la sensibilité, occupaient tout le côté gauche ; les autres, beaucoup plus limités, dilatation de la pupille et diplopie, siégeaient sur l'œil gauche. Il est donc probable qu'il existait dans l'intérieur du crâne deux foyers de lésions : l'un qui avait envahi une partie plus ou moins étendue de l'hémisphère droit ; l'autre, situé à la base gauche, vers le sinus caverneux et sur le trajet des nerfs moteurs de l'œil du même côté. Peut-être aussi la seule lésion de l'hémisphère droit suffirait-elle pour expliquer les troubles de la vue et la dilatation de la pupille de l'œil gauche. Quoi qu'il en soit, n'est-il pas remarquable que l'œil droit, dont le moteur oculaire commun avait été si fortement touché par la première attaque, n'ait rien éprouvé dans la seconde ? Il est probable cependant que c'est de ce premier foyer morbide qu'est né le second. Au lieu de rester circonscrit à la base, sur le trajet du moteur oculaire commun, il a envahi une étendue plus ou moins considérable de l'hémisphère droit, comme l'indique l'hémiplegie de tout le côté gauche.

Relativement à la nature du processus organique, on est autorisé à croire qu'elle a été congestive ou séreuse plutôt qu'hyperplasique, ou que du moins les exsudations méningitiques ou cérébrales, s'il y en a eu, sont restées rudimentaires, ce qui a permis à la résolution de s'opérer de bonne heure et avec rapidité.

IX.

Après sa sortie de l'hôpital, le malade a cessé tout traitement ; il a repris son travail et s'est bien porté jusqu'au 5 janvier 1873 (neuvième mois et demi de la syphilis).

A partir de cette époque, il a commencé à ressentir, sans cause appréciable, de la lassitude et des douleurs vagues dans tous les membres, sans fièvre, et une céphalée, principalement nocturne, accompagnée d'une insomnie opiniâtre. Au bout de dix jours, un phénomène nouveau, extrêmement pénible, s'est manifesté sous forme d'accès durant plusieurs heures ; et il se reproduisait trois ou quatre fois par jour. Ce phénomène consistait en un sentiment de gêne, de pesanteur, d'angoisse respiratoire, ayant son siège dans la moitié supérieure du sternum et les points adjacents de la paroi thoracique antérieure. En même temps, le malade éprouvait des vertiges, des obnubilations et une faiblesse dans les extrémités inférieures, qui rendaient la marche incertaine et chancelante. La céphalée redoublait de violence pendant la nuit et ne lui permettait pas un instant de sommeil.

Cet état de choses prenant chaque jour un caractère de gravité de plus en plus alarmant, le malade se décida à revenir à l'hôpital, et il entra pour la troisième fois dans mon service, salle 8, n° 15, le 18 janvier 1873 (dixième mois de la syphilis).

Il ne présentait alors aucune manifestation syphilitique sur la peau, sur les muqueuses ou les autres systèmes organiques, sauf le système nerveux. Il se plaignait surtout d'une oppression très-violente sur la paroi antérieure du thorax. Cependant les mouvements du cœur et de la respiration étaient réguliers, et il n'existait ni dans le cœur ni dans le poumon aucun signe physique d'une affection aiguë

ou chronique pouvant expliquer ce phénomène. — La langue était nette, l'inappétence complète, les fonctions digestives très-paresseuses, mais sans nausées ni vomissements. Maux de tête incessants, surtout pendant la nuit ; insomnie complète. Je soumis le malade à un traitement mixte composé de sirop de biiodure ioduré et d'iodure de potassium. Son état ne s'améliora pas. Les accès d'oppression et de céphalée le privaient de tout sommeil ; ses idées parfois étaient troublées au point qu'il ne savait plus ce qu'il faisait ; cependant la parole était nette et il n'existait aucune lésion du côté des organes des sens, ni aucune paralysie localisée. Mais la faiblesse des extrémités inférieures était très-grande ; la démarche vacillante ne pouvait s'effectuer que les jambes écartées, et la station sur un seul pied était impossible. Pendant le jour le malade était continuellement absorbé, en proie à une sorte de torpeur qu'il ne pouvait secouer, et il gardait le lit.

Dans la journée du 29 janvier, cette somnolence devint presque comateuse, et en se réveillant le malade ne se souvenait de rien. Dans la nuit du 29 au 30 il eut de la fièvre et un délire tranquille d'actes et de paroles ; il se leva et déposa ses excréments dans la salle, croyant être aux lieux d'aisance.

X.

Ainsi la guérison de la deuxième détermination syphilitique intra-crânienne n'a pas tardé à être suivie d'une rechute. Au bout d'un mois, en effet, se sont manifestés de nouveaux troubles nerveux, beaucoup plus nombreux et beaucoup plus graves que ceux de l'attaque précédente. Leur caractère le plus remarquable dès le début a été une généralisation de l'action morbide telle que, visiblement, le cerveau et la moelle épinière étaient tous les deux atteints.

Les phénomènes de paralysie se sont accusés de plus en plus ; ils ont été précédés d'algies d'une excessive intensité siégeant d'une part dans la tête, et d'autre part dans le thorax. Nous connaissons déjà les céphalalgies, l'insomnie et les accidents vertigineux qui précèdent et accompagnent les déterminations syphilitiques cérébrales. Nous allons voir maintenant la sternalgie atroce, avec oppression, angoisse respiratoire, etc., qui a été le signe précurseur et le symptôme de l'affection syphilitique de la moelle épinière dont le malade est mort.

Le 31, je constatai l'état suivant : Les facultés intellectuelles sont à peu près dans leur état normal, et le malade répond nettement et sans embarras de parole aux questions qu'on lui adresse. La mémoire est un peu affaiblie. Les yeux ne sont pas déviés, et l'œil droit, qui avait été frappé, lors de la première attaque d'encéphalopathie, y voit aussi bien que le gauche. Aucun trouble fonctionnel du côté des autres organes des sens. Le poulx est calme, régulier, et il n'existe aucune lésion au cœur, ni aux poumons. Maigreur, anémie. Pas de nausées, ni de vomissements. Constipation légère, inappétence.

La céphalée nocturne a un peu diminué ; mais l'insomnie persiste pendant la nuit, aussi absolue qu'au début. — Somnolence pendant le jour. Aucune douleur localisée dans la cavité crânienne, ni dans le canal rachidien. Les traits ne sont pas déviés et il n'existe aucune trace de l'hémiplégie qui a caractérisé la deuxième attaque d'encéphalopathie. Les deux membres supérieurs ont la même force. Quant aux membres inférieurs, ils sont tous les deux, et à un égal degré, le siège d'une faiblesse vague qui se traduit, lorsque le malade est au lit, par la lenteur, l'incertitude des mouvements qu'on lui fait exécuter, et, lorsque le malade est debout, par une démarche vacillante, en zigzag, et l'impossibilité de se tenir sans appui sur l'un ou l'autre

pied. — Du reste la sensibilité cutanée n'est que très-légèrement émue; le chatouillement de la plante des pieds cause des mouvements réflexes que le malade a de la peine à maîtriser; mais il n'existe ni crampes, ni contractures, ni convulsions.

Les principaux phénomènes nerveux ont leur foyer dans les cavités du crâne et du thorax. Du côté de l'encéphale, outre la céphalée nocturne, générale et paroxysmique, il existe un état morbide caractérisé par de l'insomnie, de l'obnubilation, des vertiges, des étourdissements, des accès de subdelirium pendant lesquels le malade n'a aucune conscience de sa parole et de ses actes.

Du côté de l'appareil cardio-pulmonaire, une sorte d'état asthmatique s'est manifesté dès le début de cette troisième attaque. Il consiste en un sentiment d'oppression, d'angoisse respiratoire qui occupe la moitié supérieure de la paroi antérieure du thorax, et qui a son maximum d'intensité au-dessus de la première pièce du sternum. Cette dyspnée se reproduit sous forme d'accès trois ou quatre fois dans la journée et dure environ une heure ou deux; elle est principalement nocturne et se combine avec la céphalée pour empêcher tout sommeil. Elle se traduit par une détresse respiratoire qui rend les mouvements respiratoires courts, précipités, haletants. Le malade est alors obligé de se lever à demi sur son séant et d'appuyer le tronc sur les coudes portés en arrière et en dedans. Elle est indépendante de toute lésion matérielle appréciable de l'appareil cardio-pulmonaire. Un phénomène remarquable, c'est que la sensibilité cutanée est diminuée dans la moitié supérieure de la paroi thoracique antérieure. Il n'y a pas de points névralgiques, ni aucune altération des côtes, du sternum et des cartilages costo-sternaux. Pas de palpitations. — Les opiacés et le chloral, administrés, il est vrai, à de faibles doses, n'ont amené aucun

soulagement. — Tous ces phénomènes nerveux sont irrégulièrement paroxystiques et présentent d'un jour à l'autre des variations d'intensité que n'explique aucune circonstance extérieure. Ils sont toujours plus prononcés la nuit que le jour. La dépression de toutes les facultés nerveuses est le fait dominant pendant le jour. — Il n'y a ni nausées, ni vomissements.

La miction est moins facile qu'à l'état normal. Les érections sont nulles.

XI.

11 février (35^e jour de la détermination syphilitique cérébro-spinale, 10^e mois de la syphilis). — Depuis huit jours je fais faire des frictions sur les cuisses avec de l'onguent napolitain, et je donne l'iodure de potassium à doses élevées ; mais l'état du malade est loin de s'améliorer. Ainsi les facultés intellectuelles sont un peu plus émoussées, quoique aucune ne présente de lésion spéciale ; le moral surtout est très-affecté. L'insomnie a été un peu domptée, mais momentanément, par 3 grammes de chloral pris dans la soirée. Les nuits sont toujours mauvaises : Dans celle du 3 au 6, le malade est tombé trois fois de son lit ; il a fallu l'y remettre. Le lendemain il n'en avait aucun souvenir. Ce dont il se plaint le plus, c'est de la gêne de la respiration. La dyspnée dont il est affecté se reproduit sous forme de crises qui se répètent sept ou huit fois par heure et durent cinq ou six minutes chaque fois. Elle consiste en un sentiment très-pénible de constriction dans la moitié supérieure et antérieure du thorax. Les inspirations deviennent alors saccadées, inégales, incomplètes, entrecoupées, et cependant le malade éprouve un besoin angoissant de leur donner leur maximum d'amplitude. La respi-

ration dans les moments de calme est aussi costale que diaphragmatique. Température fraîche, pouls calme, régulier, entre 64 et 72. Amaigrissement, perte des forces, inappétence, langueur des fonctions digestives.

La démarche est devenue de plus en plus incertaine et chancelante ; le malade reste toujours au lit, et dans la journée il est sans cesse sous l'influence de cet état demi-comateux qui semble être une compensation aux insomnies nocturnes. Depuis le 9 il ne peut plus se tenir debout. La faiblesse musculaire est plus prononcée dans le membre inférieur gauche que dans le droit ; il existe en outre un peu d'anesthésie et d'analgsie. Le chatouillement de la plante du pied excite des mouvements réflexes.

12 février. — Station debout impossible. La sensibilité à la douleur et au contact paraît aujourd'hui à peu près intacte sur les deux membres inférieurs dans toute leur longueur. Les modes d'exploration propres à mesurer approximativement la force musculaire font constater qu'elle est un peu moins grande à droite qu'à gauche. Elle reste intacte et égale dans les deux membres supérieurs. Aucune douleur spontanée le long du rachis. État satisfaisant des facultés intellectuelles et morales. Insomnie. Beaucoup moins d'oppression. Miction toujours lente.

15 février. — La faiblesse musculaire fait des progrès notables dans les extrémités inférieures : Ainsi le malade ne peut plus élever ni l'une ni l'autre jambe au-dessus du lit, ni les maintenir, quand elles ne sont pas soutenues, dans la position qu'on lui dit de garder. Le membre inférieur droit est toujours plus faible que le gauche, qui peut encore exécuter, mais avec beaucoup d'hésitation et d'incertitude, quelques mouvements de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse, tandis que ces mouvements sont impossibles à droite. Rien du côté de l'encéphale, ni des organes des sens. Insomnie. L'oppression a beaucoup

diminué. (On fait des frictions mercurielles depuis 4 ou 5 jours; on les continue ainsi que l'iodure de potassium.)

État du malade le 18 février 1873 (42^e jour des accidents cérébro-spinaux). — L'insomnie persiste; mais moins d'agitation pendant la nuit; cependant le malade est encore tombé de son lit deux fois en huit jours. La céphalalgie et l'oppression ont diminué; la sensibilité, un peu émoussée, il y a quelques jours, dans la partie supérieure et antérieure de la poitrine, est revenue à son état normal. Température normale; pouls régulier; rien du côté des organes des sens. Les facultés intellectuelles et morales sont toujours dans le même état, c'est-à-dire très-peu altérées. Aucune trace d'hémiplégie faciale.

La sensibilité et la mobilité sont intactes et égales dans les deux membres supérieurs, et, quoique les doigts soient moins souples et moins agiles qu'à l'état ordinaire, cependant le malade écrit assez facilement.

Il éprouve depuis quinze jours environ des douleurs spontanées le long du rachis, qui deviennent très-violentes et relentissent dans la partie supérieure des cuisses lorsqu'on le met sur son séant. Toutes les apophyses épineuses dorso-lombaires sont douloureuses à la pression, à partir de la septième dorsale, surtout au niveau des dernières dorsales et des premières lombaires. Constipation opiniâtre; paresse de la miction. Pas de douleurs en ceinture. Le sentiment si pénible de constriction qui existait au sommet du thorax en avant a beaucoup diminué.

Ventre souple, rien du côté des viscères des hypochondres; rien du côté du cœur et au poulmon.

Langue nette, inappétence. Digestions assez faciles. — Les troubles fonctionnels se concentrent de plus en plus sur les extrémités inférieures. Il existe une véritable paraplégie avec impossibilité de faire usage des jambes

pour la station et pour la marche. La paralysie est beaucoup plus prononcée à droite qu'à gauche. Ainsi le malade peut élever le membre inférieur gauche à quelques centimètres au-dessus du lit et fléchir la cuisse sur le tronc; la jambe fléchie sur la cuisse oppose une certaine résistance, bien faible il est vrai, aux manœuvres que l'on fait pour l'étendre et apprécier la force musculaire, etc., etc. A droite au contraire la volonté ne peut vaincre l'immobilité, qui est presque complète. Cependant les sensibilités, un peu émoussées, paraissent égales des deux côtés. Les chatouillements de la plante des pieds produisent des mouvements réflexes plus accusés à gauche qu'à droite.

Amaigrissement. Sécheresse de la peau. Aspect cachectique. — Aucune manifestation cutanée ni muqueuse. (Même traitement : Frictions. — Iodure de potassium 4 gr.)

XII.

Nous sommes arrivés à cette phase de l'affection où le travail morbide, après avoir envahi toute l'étendue de l'axe cérébro-spinal, s'est définitivement concentré sur l'extrémité inférieure de la moelle épinière. La diffusion des phénomènes, qui trahissait une souffrance vague et générale des principaux centres d'innervation, a disparu peu à peu pour faire place à un travail pathologique mieux localisé dans son siège et plus précis dans ses manifestations. Le processus semble avoir quitté le cerveau, puis le renflement supérieur de la moelle épinière. Le voilà maintenant dans son renflement inférieur. A mesure qu'il a convergé vers cette région, les accidents paraplégiques sont devenus plus graves et nous allons les voir poursuivre leur marche progressive jusqu'à la mort.

Aucun traitement n'a pu les arrêter. On a eu beau faire

tous les jours des frictions mercurielles, il a été impossible d'obtenir la salivation, qui avait guéri si rapidement la paralysie des moteurs oculaires communs, lors de la première détermination syphilitique sur l'encéphale. J'avais prévu toutefois et porté dès ce moment un pronostic fatal, qui, comme on va le voir, n'a pas tardé à se réaliser.

Le 23 février (47^e jour des accidents cérébro-spinaux), la paralysie des membres inférieurs a augmenté. Elle est presque complète des deux côtés, cependant toujours plus prononcée à droite qu'à gauche : ainsi tandis que tout mouvement volontaire est aboli dans le membre inférieur droit, le membre inférieur gauche peut encore se mouvoir, mais d'une façon presque imperceptible. La sensibilité y est plus profondément compromise qu'à droite. Les plus forts pincements sont à peine perçus et ne provoquent aucun mouvement réflexe ; à droite au contraire le chatouillement et les excitations cutanées légères réagissent sur les muscles par action réflexe. Quand ces excitations sont un peu plus fortes, elles sont perçues. Les sensations de pesanteur, de pression, de température, de flaccidité ou de consistance sont presque abolies des deux côtés.

Sur le tronc les lésions de la sensibilité présentent de l'irrégularité dans leur distribution : — Au-dessous de l'ombilic, analgésie et anesthésie très-accusées. — Au-dessus de l'ombilic les diverses sensibilités existent des deux côtés ; mais elles sont très-émoussées dans toute la moitié droite du corps. — Elles sont égales et intactes à la tête et dans les deux membres supérieurs, qui ont conservé leur mobilité.

Depuis 4 ou 5 jours le malade est tourmenté par des accès de douleurs extrêmement vives, dont le foyer occupe la partie moyenne et centrale de la cuisse gauche. Ces accès

se reproduisent trois ou quatre fois dans les 24 heures et durent chacun deux heures environ.

La rachialgie n'a pas diminué ; elle est spontanée, diffuse tout le long de l'épine, mais surtout forte dans la région dorso-lombaire. Elle est exaspérée par le redressement du tronc, qui cause d'intolérables douleurs. Aussi le malade est-il forcé de rester couché sur le dos, sans pouvoir se retourner sur l'un ou l'autre côté.

La céphalalgie a diminué ; les nuits sont meilleures. Les facultés intellectuelles et morales restent dans un état satisfaisant, et tous les phénomènes morbides se concentrent sur la moelle épinière.

Température normale ; pouls régulier ; oppression moindre. Amaigrissement. Sécheresse cutanée, flaccidité de tous les tissus. — Aucune manifestation syphilitique apparente. — Pas de salivation malgré les frictions. Iodure de potassium, 4 gram.

Du 23 février au 23 mars l'état du malade s'est considérablement aggravé. — Le sentiment du besoin d'évacuer les urines et les matières fécales a progressivement diminué, puis disparu, et leur excrétion est devenue involontaire. Une large eschare n'a pas tardé à se former sur le sacrum, et ensuite sur le grand trochanter droit.

Amaigrissement, teinte de plus en plus cachectique.

La paralysie musculaire est complète dans les extrémités inférieures.

Le 22 mars je constatai que les mouvements réflexes pouvaient être provoqués encore, mais du côté seulement ou l'impression avait été produite.

Douleur à la percussion tout le long de la moelle épinière.

Sensibilité très-obtuse et presque abolie dans les membres inférieurs, intacte dans les supérieurs.

Toujours quelques oppressions nocturnes. Sommeil un peu meilleur. — Intelligence nette.

Dans le genou gauche, épanchement non inflammatoire considérable.

Digestions assez bonnes. (L'iodure de potassium a été continué jusqu'ici à la dose de 6 grammes par jour, ainsi que les frictions mercurielles. Je fais cesser les frictions.)

1^{er} avril (106^e jour des accidents cérébro-spinaux, 13^e mois de la syphilis):

Le malade peut imprimer un très-faible mouvement de flexion à la jambe gauche sur la cuisse, et à la cuisse sur le bassin. Autrefois ce membre était absolument immobile, comme le droit, dont la paralysie musculaire est toujours complète. — Tout le membre inférieur gauche est souvent agité de mouvements involontaires. L'excitation cutanée provoque des mouvements réflexes des deux côtés.

La sensibilité est considérablement affaiblie mais non éteinte dans les deux extrémités inférieures, et sur le tronc jusqu'à une ligne horizontale passant par le voisinage de l'ombilic. Elle paraît du reste un peu émoussée partout.

Des douleurs parcourent parfois les membres inférieurs dans toute leur étendue jusqu'à la plante des pieds. — Pas de douleurs en ceinture. Plus de suffocations. — Le sommeil est un peu revenu.

Il n'y a aucun trouble fonctionnel notable du côté de l'encéphale.

Les eschares contribuent beaucoup à affaiblir les forces et à aggraver l'état cachectique. De temps en temps surviennent irrégulièrement quelques accès de fièvre avec frissons. Après chaque repas une rougeur comme scarlatineuse envahit toute la surface cutanée.

Le malade continue à prendre 6 grammes d'iodure de potassium par jour.

XIII.

Vers le milieu du mois d'avril l'état du malade, qui était resté à peu près stationnaire, s'aggrava sensiblement et il mourut le 20. J'étais alors absent de Paris. Mon excellent interne M. Gauderon a recueilli l'observation pendant les derniers jours ; il a fait et rédigé l'autopsie, à laquelle je n'ai pas assisté. Je reproduis textuellement les notes qu'il a bien voulu me communiquer :

« Vers le 9 avril, le malade éprouva dans les membres inférieurs des mouvements rapides, involontaires, douloureux, ne durant que quelques secondes ; c'étaient de véritables convulsions passagères.

« Le 17 avril, je trouve le malade dans l'impossibilité d'écarter les mâchoires, mais n'éprouvant aucune douleur. Je constate qu'il n'y a ni luxation, ni fracture de la mâchoire, ni paralysie du muscle masticateur. Songeant alors à un trismus, je cherche si les muscles de la mâchoire sont très-durs et contracturés ; la contracture ne me paraît pas évidente. (Iodure de potassium 8 grammes, bouillons. Le malade avale assez facilement.)

« 18 avril. — Impossibilité d'écarter les mâchoires. — Contracture des muscles de la nuque, permettant de soulever le malade, en passant la main au-dessous de l'occiput, sans faire fléchir la tête en avant. — Peu de douleur. — Grande difficulté dans la déglutition. — Le malade sent ses membres supérieurs s'engourdir ; ils ne présentent cependant rien d'anormal. — Même état des membres inférieurs. Pouls 100. — Respiration facile au dire du malade ; je constate cependant qu'elle est peu étendue et que la

respiration costale est surtout très-faible, presque imperceptible.

« (Bouillons ; thé au rhum. Julep avec 6 grammes de chloral ; on supprime l'iodure de potassium.)

« A 4 heures du soir :

« Pouls 104, respiration 32, température 37° 5, on donne un second julep avec 6 grammes de chloral pour la nuit.

« 19 avril, au matin. — Le malade a beaucoup souffert, dans la nuit, d'une rétention d'urine ; depuis plusieurs semaines il avait au contraire de l'incontinence vésicale et anale. — On extrait par le cathétérisme 2 litres 1/2 à 3 litres d'urine. Pendant l'opération, le moindre attouchement de l'abdomen et de la partie antérieure des cuisses occasionne des convulsions douloureuses et très-rapides des muscles correspondants. Le malade est dans le décubitus dorsal, la tête fortement étendue, la mâchoire contracturée. Pendant la nuit il a eu des soubresauts douloureux dans les membres inférieurs et des douleurs dans les muscles contracturés des mâchoires et de la nuque. — Contracture de l'orteil du pied gauche. — Difficulté croissante de la déglutition. Rejet des liquides qu'on essaye de faire avaler, par suite des mouvements convulsifs de l'œsophage et du pharynx.

« Ce qui cause le plus de souffrance au malade, ce sont les secousses douloureuses qu'il éprouve dans les muscles des jambes, des cuisses et dans l'abdomen. Les membres supérieurs sont inertes. — Pouls, 120. Respiration, 28 à 30, avec des mouvements costaux presque imperceptibles.

« On reprend l'iodure à la dose de 8 grammes. — Continuation de 10 grammes de chloral. — Injections sous-cutanées de morphine dans les muscles qui se convulsent.

« Le 19 à 4 heures du soir, même état. Le malade ré-

pond nettement, comme il l'a toujours fait du reste, aux questions qu'on lui pose. La contraction des muscles des membres paraît être la même; celle des muscles de la nuque est diminuée. — Dyspnée; dysphagie extrême. Pouls, 96 à 100. Respiration, 24.

« L'état du malade va en s'aggravant; ses yeux présentent déjà une déviation dans la convergence des axes visuels. Il meurt à 2 heures du matin, le 20 avril (109^e jour des accidents cérébro-spinaux, 13^e mois de la syphilis). Malgré la dose énorme de chloral, il n'a jamais été endormi.

XIV.

« Autopsie faite vingt-huit heures après la mort, le cadavre étant très-bien conservé. — Deux eschares: l'une au-dessous du trochanter droit, ayant les dimensions de la paume de la main, de 3 à 4 centimètres de profondeur, n'allant pas jusqu'aux os; l'autre au niveau du sacrum, s'étendant jusqu'à cet os qui est altéré à sa surface, ramolli et friable.

« Le cerveau est d'abord enlevé; il y a une grande quantité de liquide céphalo-rachidien normal, 150 à 200 grammes à peu près. La pie-mère est saine, la dure-mère également dans toute son étendue.

« La surface interne de la boîte crânienne ne présente rien d'anormal, aucune saillie. Sur sa surface externe, il existe une tumeur osseuse, de la dimension d'une amande aplatie et fondue par une pente insensible avec les os voisins, siégeant au niveau de la suture occipito-pariétale gauche.

« Après l'ablation de la moelle épinière, on constate que le canal médullaire, qui est examiné avec le plus grand

soin, n'offre ni en dedans, ni en dehors, aucune saillie. Il est rempli de sang dans sa moitié inférieure, surtout vers la queue de cheval.

« La moelle, recouverte de son enveloppe, est blanchâtre à sa partie supérieure. — Au niveau de la queue de cheval, dans la pointe correspondante à l'eschare, les nerfs sont recouverts d'une couche d'un gris rougeâtre semblable à du pus. A ce même niveau, les enveloppes de la moelle, les nerfs de la queue de cheval, les vertèbres, la moelle épinière sont rouges, injectées et paraissent enflammées. Il semble donc que l'inflammation se soit propagée de l'eschare aux parties voisines, englobant les parties malades, c'est-à-dire les os, les enveloppes de la moelle et les nerfs de la queue de cheval.

« La dure-mère rachidienne est incisée sur-le-champ dans toute sa longueur : la moelle, recouverte de la pie-mère, ne présente de vascularisation très-marquée en aucun point.

« La moelle et le cerveau sont mis dans de l'eau alcoolisée pour être examinés ultérieurement.

« *Cœur sain ; aorte également.*

« *Poumon* : deux masses tuberculeuses, caséuses au sommet gauche, du volume d'une noisette ; au sommet droit un tubercule du volume d'un pois. Lobes inférieurs congestionnés.

« *Foie normal.* — Reins, rate, testicules également sains.

« Le 25 avril, *examen de la moelle et du cerveau.* Ces deux organes on subi dans l'alcool un ramollissement cadavérique. — On ne trouve dans le cerveau aucune lésion.

« La moelle fendue par le milieu dans toute sa longueur ne présente rien d'anormal, sinon à 7 ou 8 centimètres au-dessus de sa terminaison. A ce niveau, malgré le ramol-

lissement de l'organe, on remarque une injection vasculaire qui contraste avec l'aspect exsangue du reste de la moelle. De plus, de chaque côté de la coupe à ce niveau, la moelle fait une saillie évidente.

« Le ramollissement est tel, qu'il est impossible de dire au juste ce qui existait à ce niveau, ni de faire l'examen microscopique. La dure-mère ne présente ni lésion ni adhérence avec la moelle. »

XV.

C'est donc un ramollissement de la moelle épinière qui a été la conséquence et le terme de ce long processus dont on a pu suivre pas à pas toutes les phases, à mesure qu'il atteignait ou abandonnait les différentes régions de l'axe cérébro-spinal.

L'état cachectique que l'on observe si fréquemment dans la syphilis viscérale avait débuté depuis longtemps, lorsque la paraplégie confirmée est venue l'aggraver d'une façon alarmante. Dans les derniers temps, la nutrition était profondément troublée. Il ne faudrait pas attribuer les larges eschares du sacrum et de la hanche à la seule pression du corps sur ces parties; l'imperfection croissante des fonctions plastiques doit avoir une large part dans l'étiologie de ce redoutable accident.

Parmi les phénomènes qu'on pourrait rapporter à la même cause, je crois qu'il faut placer aussi l'épanchement qui s'est produit dans le genou gauche, un mois environ avant la mort. Il est l'analogue des hydrothorax si communs dans la période intense de toutes les cachexies. L'abolition presque complète des fonctions nerveuses dans la

moitié inférieure du corps est encore une cause d'affaiblissement de la nutrition.

Un trouble de la circulation capillaire qui me paraît indiquer la perturbation profonde de l'innervation spinale et de l'innervation du grand sympathique, c'est cette curieuse rougeur scarlatineuse de toute la surface du corps après les repas.

Je ne veux pas entrer ici dans des considérations de physiologie pathologique, qui trouveront mieux leur place ailleurs. Elles ne différeront guère du reste de celles que suggère toute paraplégie, quelle qu'en soit l'origine.

Il y a cependant quelques particularités dignes d'être signalées. Ainsi la paralysie était plus prononcée dans le membre inférieur droit que dans le membre inférieur gauche, quoique ce dernier eût été atteint dans l'hémiplégie gauche qui a caractérisé la 2^e détermination de la syphilis sur le cerveau.

La diminution de la sensibilité a été progressive comme les autres accidents, et a suivi une marche ascendante jusqu'à ce qu'elle eût atteint l'ombilic. L'excitation cutanée, quoique non perçue, provoquait des mouvements réflexes qui sont devenus plus rapides, plus étendus et plus vifs à mesure que la motilité a été plus profondément atteinte.

L'anesthésie et l'affaiblissement des diverses sensibilités paraissaient plus considérables à gauche qu'à droite, c'est-à-dire étaient en raison inverse des lésions du mouvement.

Malgré l'anesthésie, des douleurs spontanées très-violentes parcouraient toute la région de l'épine et se propageaient vers les extrémités inférieures. — Après la céphalalgie,

après la sternalgie, il y a donc eu un troisième foyer douloureux, la rachialgie qui a poussé des irradiations dans le tronc et les branches du sciatique et du crural des deux côtés.

La marche des accidents a été progressive. Cependant trois semaines avant la mort il s'est produit une espèce d'amélioration qui n'a duré que quelques jours. C'est à peu près vers cette époque qu'une notable modification survint dans le mode symptomatique du processus. Jusque-là les phénomènes de dépression nerveuse avaient existé seuls. Dix jours avant la mort, des convulsions et des contractures se manifestèrent non-seulement dans les membres paralysés, mais dans d'autres dont la motilité n'avait pas encore été atteinte.

Ainsi, outre les mouvements saccadés, rapides, involontaires et douloureux qui agitérent les jambes et les cuisses, il y eut un véritable trismus, puis de l'opisthotonos et enfin une sorte d'état spasmodique du pharynx et de l'œsophage, etc., etc. Cet ensemble de phénomènes dépendait-il d'un changement dans le processus ou indiquait-il que de nouveaux désordres étaient survenus? L'autopsie permit de répondre à cette question. Il existait en effet une hémorragie dans la partie inférieure du canal rachidien.

Ce canal communiquait avec l'eschare du sacrum, et il est très-probable que l'épanchement du sang ou des autres produits morbides dans l'intérieur du rachis, qui en a été la conséquence, a donné lieu à ces accidents ultimes de méningite spinale.

Quoi qu'il en soit de cette explication, il faut avouer que les lésions de l'axe cérébro-spinal n'ont pas été aussi étendues ni aussi graves qu'on aurait pu le supposer. Ainsi les parois osseuses du crâne et du rachis, et les enveloppes membraneuses du cerveau et de la moelle étaient parfaitement intactes. On n'a découvert aucune altération dans le

cerveau. La moelle seule était ramollie vers son extrémité inférieure. L'examen microscopique a été malheureusement fort incomplet. Je n'ai pas assisté à l'autopsie; on a voulu conserver les pièces pour me les faire voir, et, quand j'ai pu les examiner, elles étaient trop profondément altérées par la macération pour se prêter à une étude approfondie du ramollissement.

Mais en l'absence de toute autre lésion, c'est bien celle-là qu'il faut admettre. Elle est assez commune du reste dans les affections syphilitiques des centres nerveux. C'est une des lésions les plus graves. Si j'en juge d'après les résultats du traitement, qui ont été à peu près nuls chez mon malade, je crois que le mercure et l'iodure de potassium, même à de hautes doses, ne peuvent ni la prévenir, ni la guérir.

(A suivre.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS LARYNGÉE, par POYET, *interne des hôpitaux.*

La syphilis laryngée, quoique peu étudiée jusqu'à ce jour, est une affection que l'on peut cependant considérer comme très-fréquente.

En effet, beaucoup de malades syphilitiques présentent, soit à la deuxième période, soit à la troisième, des phénomènes plus ou moins sérieux, plus ou moins inquiétants du côté du larynx. Ce sont tantôt des dysphonies ou des aphonies sans accompagnement de douleurs, tantôt des aphonies avec douleurs vives, occasionnées par des ulcérations de nature spécifique. Plus rarement, ce sont des étouffements qui, dans quelques cas, menacent le malade d'asphyxie, et qui sont causés soit par un œdème, soit par des végétations, soit par une paralysie des muscles laryngés.

Nous allons jeter un coup d'œil sur ces divers accidents.

Inutile de dire tout d'abord que l'on n'observe jamais au larynx l'accident initial, c'est-à-dire le chancre. La situation même de l'organe suffit pour expliquer l'absence sur ce siège d'un symptôme de contagion.

Les accidents de la période secondaire et de la période tertiaire ne s'y manifestent généralement qu'à longue échéance. C'est ainsi que le plus souvent ce n'est que deux ans, trois ans, cinq ans, dix ans et même vingt ans après le début de l'infection que l'on est appelé à les constater.

1^o ACCIDENTS SECONDAIRES.

I. — *Érythème syphilitique*. — C'est le seul accident qui apparaisse à une époque voisine du début de la maladie.

Dans cette affection, la muqueuse laryngée est vivement congestionnée dans toute son étendue, sans que cependant les cordes vocales inférieures participent à la congestion. Il est très-rare que le médecin soit à même de constater cette affection. Cela tient à la négligence des malades qui, atteints de raucité de la voix, de dysphonie, sans autrement souffrir pour cela, regardent de tels symptômes comme le résultat d'un refroidissement et ne s'en préoccupent pas davantage.

Il faut presque, pour avoir l'occasion de surprendre cette forme de lésion, qu'elle affecte un chanteur, un avocat, un professeur ou toute autre personne à qui la voix soit complètement nécessaire dans toute sa pureté.

C'est là, du reste, une affection bénigne qui cède facilement à un traitement général mercuriel, aidé de dérivatifs à la peau, de bains de vapeur, etc.

Je ne saurais trop insister sur ce point, que, dans la congestion syphilitique du larynx, le malade ne ressent aucune gêne, aucune douleur, aucune difficulté de respiration; que la toux, quoique existant à un faible degré dans quelques cas, fait généralement défaut; que c'est tout au plus si le malade éprouve le besoin de hemmer; que l'affection est toujours accompagnée de la congestion de la muqueuse buccale et pharyngée; et qu'enfin c'est toujours à un refroidissement que la personne atteinte attribue sa dysphonie. Jamais, en pareil cas, l'idée ne vient de mettre la vérole en cause, surtout si aucune autre manifestation de la maladie ne dirige en ce sens l'attention du malade et du médecin.

Voici, à l'appui de ce que nous avançons, une observa-

tion recueillie dans le service de M. le docteur Alfred Fournier, à l'hôpital de Lourcine.

B... (Élisabeth), âgée de 25 ans, domestique, entre le 25 juillet 1871 dans le service de M. Fournier, salle Saint-Clément, n° 15. — Elle était entrée déjà dans le même service il y a trois mois, pour un chancre infectant, et était sortie de l'hôpital sans accidents. — Santé antérieure excellente. — Il y a huit jours, elle se sentit sans appétit, éprouva des douleurs de tête, et se purgea au moment où ses règles commençaient. Les douleurs de tête augmentèrent et des vomissements de bile se produisirent. — Pas de fièvre actuellement; sommeil à peu près normal. — Pas de douleurs dans les reins. — Quelques articulations sont douloureuses. — Depuis deux jours, la malade n'a pas eu de vomissements, mais après chaque repas elle éprouve des nausées. — Taches rubéoliques sur le devant de la poitrine. — Pas de douleurs à la pression au niveau du foie; palpitations fréquentes; pas de saignements de nez.

Les cheveux tombent beaucoup depuis deux mois, ainsi que les sourcils. — La vue est un peu troublée. — La sensibilité générale est très-diminuée (*analgésie spécifique*).

A l'entrée de la vulve, une papule muqueuse typique. — Amygdales absolument recouvertes de syphilides opalines. — La malade est aphone; toutefois, par moments, elle donne quelques mots en voix forte.

A l'examen laryngoscopique, on remarque que *tout le larynx est extrêmement rouge*; l'épiglotte ne présente rien de particulier, si ce n'est qu'elle est fort abaissée; les cordes vocales inférieures sont blanches et se rapprochent bien, mais les cordes supérieures sont tellement congestionnées qu'elles bouchent complètement les ventricules, que l'on aperçoit à peine, et portent sur les cordes vocales inférieures. — Nous sommes donc là en face d'une syphilis érythémateuse du larynx.

La malade interrogée depuis combien de temps elle est aphone dit qu'elle ne se le rappelle pas au juste, que « cela lui est venu petit à petit sous l'influence probable d'un refroidissement. » Elle

ne tousse pas, et même elle n'a pas été enrhumée depuis longtemps.

Une chose est à remarquer dans cette observation, c'est que la malade est atteinte de dysphonie, bien que les cordes vocales inférieures soient demeurées à peu près indemnes et se rapprochent parfaitement. Cela est le résultat de la congestion des cordes vocales supérieures qui obstruent les ventricules du larynx et qui, en appuyant sur les cordes vocales inférieures, s'opposent à leur vibration. — Il ne faut pas oublier que les cordes vocales supérieures ne sont séparées des inférieures que par un espace de trois à quatre millimètres, et que la congestion n'a pas besoin d'être bien grande pour arriver au résultat que nous signalons ici.

Quant aux alternatives de sons élevés que la malade donne par moments, on peut les expliquer en disant que dans ce cas le bord libre seul des cordes vocales inférieures vibre, c'est-à-dire la seule portion sur laquelle les cordes supérieures ne portent pas.

La congestion de la muqueuse laryngée accompagne généralement les autres manifestations syphilitiques dans le larynx. C'est ainsi que nous allons la retrouver avec les ulcérations, les végétations, l'œdème sous-glottique, les paralysies, quoiqu'elle soit moins fréquente dans ce dernier cas.

II. — *Roséole du larynx.* — On a donné ce nom à la rougeur généralisée ou disséminée par plaques sur les cordes vocales inférieures.

Le plus souvent, la roséole du larynx accompagne la roséole de la peau. Quelquefois elle la précède, et permet de la diagnostiquer d'avance, ainsi que l'a démontré le Dr Fauvel. Il en est de même du reste pour la rougeole et la variole, que M. Fauvel a diagnostiquées chez certains malades dans le service de M. Trousseau, avant l'apparition d'aucune manifestation sur la peau.

Dans cette forme, le malade est plus dysphone que dans la congestion simple ; les cordes vocales inférieures en effet sont atteintes dans ce cas. Au laryngoscope, on constate une rougeur notable des cordes vocales inférieures, rougeur ne portant quelquefois que sur une seule corde, et dans quelques cas n'occupant qu'une de ses parties, tantôt le bord libre, tantôt la moitié antérieure, tantôt la moitié postérieure.

La roséole du larynx est du reste, comme la congestion, un accident peu grave, qui disparaît assez rapidement devant le traitement mercuriel et les bains de vapeur.

2^e SYPHILIDES ÉROSIVES ET ULCÉREUSES.

Les formes de syphilis laryngée que l'on rencontre sans contredit le plus souvent sont la forme érosive et la forme ulcéreuse.

On les rencontre aussi bien à la période secondaire qu'à la période tertiaire. Cependant les ulcérations profondes se rencontrent plus souvent à la période tertiaire, et l'on trouve beaucoup de malades qui, atteints d'ulcérations du larynx, sont porteurs en même temps de tumeurs gommeuses.

Forme érosive. — La forme érosive est en quelque sorte le diminutif de la forme ulcéreuse ; les érosions s'établissent de la même façon que les ulcérations et n'en diffèrent que par leur peu de profondeur.

La muqueuse se congestionne, prend un ton brillant, se dépouille petit à petit de son épithélium, et paraît sécréter un peu de sérosité. Les érosions portent aussi bien sur l'épiglotte et les cartilages aryténoïdes que sur les cordes vocales supérieures et inférieures ; elles diffèrent en cela des ulcérations, qui se portent surtout sur l'épiglotte, ainsi que nous le verrons plus loin. Ces dernières sont mieux limitées que les érosions, qui gagnent plus en étendue.

due, et qui donnent beaucoup moins souvent lieu à l'œdème sus-glottique. Les phénomènes auxquels les syphilides érosives donnent naissance sont les mêmes que ceux des ulcérations, tout en étant moins intenses; elles n'exigent pas non plus un traitement autre. On pourra donc, à l'article Syphilides ulcéreuses, trouver les symptômes des érosions et leur traitement.

OBSERVATION. — P... (Alfred), 31 ans, tourneur, vient consulter M. le Dr Fauvel, à sa clinique, le 22 mai 1869. Ce malade se plaint de ce que depuis deux mois sa voix va toujours en s'abaissant. Auparavant il avait la voix très-claire et avait un certain talent comme chanteur. — M. P... n'a jamais été malade; il n'est pas sujet à s'enrhumer, il ne tousse pas, il n'a jamais craché de sang. A l'auscultation de la poitrine, on trouve cependant un peu de submatité du côté droit. — Marié, il est père de deux enfants jouissant d'une parfaite santé.

Il ne se rappelle pas avoir eu de chancre; il parle bien d'une petite ulcération qu'il a eue il y a deux ans sur le prépuce, près du frein; mais, comme elle a disparu sans traitement, avec des lotions d'eau fraîche, il l'a considérée comme un simple bobo. Quoi qu'il en soit, il y a quatre mois, il se réveilla un matin avec une roséole très-intense. Actuellement, nous constatons un psoriasis palmaire, des ganglions cervicaux très-développés, un impétigo du cuir chevelu, et une corona veneris bien évidente.

En examinant la bouche, nous trouvons une grande ulcération grisâtre sur l'amygdale droite, se prolongeant sur les piliers du même côté.

A l'examen laryngoscopique, nous constatons une forte rougeur des deux cordes vocales inférieures; la gauche présente sur son milieu une tache ecchymotique; la droite, gonflée, est érodée sur toute sa surface, rouge, et ses bords sont finement dentelés. A part une vive rougeur, l'épi-

glotte, les cordes vocales supérieures, les cartilages aryénoïdes ne présentent rien de particulier à noter.

La voix de M. P... n'est pas éteinte ; elle est seulement très-grave, et il semble parler dans une cavité fermée.

M. P... est soumis à un traitement mercuriel et à l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme 50 par jour.

Les ulcérations de la bouche et du larynx sont touchées avec de la teinture d'iode pure.

Au moment où la corde ulcérée est touchée, M. P... se plaint d'une douleur dans l'oreille droite, douleur très-supportable, du reste.

Le 29, le malade revient ; depuis le jour où il est venu la première fois, il se cautérise lui-même la bouche avec la teinture d'iode ; aussi l'ulcération amygdalienne est-elle presque complètement cicatrisée.

L'ulcération de la corde vocale elle-même est en voie d'amélioration ; la corde gauche n'est plus rouge, le point ecchymotique a disparu, et la corde droite est un peu dégonflée.

La voix est toujours mauvaise.

Nous retouchons la corde avec la teinture d'iode ; la douleur d'oreille ne se fait pas sentir.

Le 2 et le 6, nous continuons le même traitement. L'ulcération est presque complètement cicatrisée, la voix revient un peu.

Le 9, le malade revient nous voir pour la dernière fois. L'ulcération de la bouche a disparu, celle de la corde est cicatrisée. La voix n'est pas encore revenue à l'état normal, parce que les cordes sont encore gonflées et rouges. Nous prescrivons au malade de continuer le traitement mercuriel et l'iodure de potassium pendant encore environ six mois.

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT DE CERTAINES ADÉNITES INGUINALES
PAR LA MÉTHODE DE L'ASPIRATION, par le D^r LE PILEUR,
broch. in-8°, Paris, chez A. Delahaye.

S'inspirant de l'idée féconde de M. le D^r Dieulafoy sur l'aspiration des liquides sans introduction de l'air par la plaie, M. le D^r Le Pileur a eu l'heureuse pensée d'appliquer ce mode de traitement aux adénites inguinales arrivant à suppuration.

Après une revue rapide des principaux modes d'opération qui ont été conseillés jusqu'à ce jour contre les adénites, alors que malgré tous les efforts on n'a pu enrayer la suppuration ou amener sa résorption, l'auteur indique quels sont les cas dans lesquels on doit avoir recours à la méthode aspiratrice.

La nature du bubon, son origine, ne jouent qu'un rôle secondaire. Ce qui doit préoccuper le chirurgien, ce sont les caractères propres de la collection purulente.

Ainsi, dans l'adénite ganglionnaire ou parenchymateuse, une ponction aspiratrice serait complètement inutile au début; elle ne serait possible, rationnelle que dans le cas où le ganglion serait entièrement fondu, et même dans ces conditions l'incision sera en général préférable.

Mais il en sera tout autrement dans les cas où le bubon, virulent ou non, constitue un véritable phlegmon sous-cutané ou péri-ganglionnaire, et surtout toutes les fois — ce sont et de beaucoup les formes les plus fréquentes —

qu'il s'agira d'adénites sous-cutanées, simples ou multiples, adénites dans lesquelles les ganglions entrent rarement en suppuration.

La méthode par l'aspiration n'ayant nullement pour but de faire avorter le phlegmon, mais bien, une fois le pus formé, de réaliser la guérison le plus vite possible, la première indication est d'attendre que le pus soit bien collecté, la poche de l'abcès parfaitement délimitée et la fluctuation très-nette.

Pour faire la ponction, l'auteur a employé d'abord le trocart n° 3 de l'appareil de M. Potain et plus tard le trocart n° 4 de M. Castiaux. Il faut faire la ponction obliquement et de préférence dans la partie la plus déclive, en évitant toutefois les points où la peau est le plus amincie. Le trocart ayant traversé la peau et pénétré dans la poche, on met celle-ci en communication avec le récipient, dans lequel on a fait le vide auparavant. Il importe de laisser le moins de pus possible, pas du tout si on le peut; aussi doit-on promener le trocart doucement dans l'intérieur de la cavité phlegmoneuse, en évitant avec soin de déchirer les tissus, dans le but de faire communiquer différentes poches; il serait au contraire, dans ce cas, indiqué de faire plusieurs ponctions.

Une fois l'abcès vidé, on retire le trocart et on introduit dans la plaie une petite mèche de charpie. On recouvre ce pansement d'un cataplasme, la mèche est changée deux fois par 24 heures, et au bout de 4 à 5 jours, quand la petite inflammation secondaire a cédé, on fait une compression méthodique au moyen de plumasseaux de charpie et d'un spica.

Sur 24 opérations d'adénites inguinales faites par ce procédé aucune n'a été suivie de décollement.

—L'auteur s'est toujours borné à la ponction simple sans la faire suivre d'injections irritantes ou caustiques, à moins

qu'il ne fût en présence de bubons chancreux, qu'il n'hésite pas non plus à traiter de la même manière. Dans ces cas, si la plaie devient chancreuse, on en est réduit à la traiter comme un chancre simple.

Sur 20 malades affectés d'adénites inguinales et traités par la ponction avec aspiration, la durée moyenne du traitement a été de 23 jours;

Tandis que sur 8 malades atteints également d'adénites inguinales, mais opérés par l'incision, la moyenne du traitement a été de 82 jours.

D'autre part, 5 cas seulement d'adénites cervicales, auxquelles on a appliqué la méthode par aspiration dans les mêmes conditions que les premières, n'ont présenté qu'une moyenne de 10 jours pour obtenir la guérison, rapidité qui peut s'expliquer, comme le remarque très-bien l'auteur, par les différences anatomiques de la région.

Toutes ces observations ont été recueillies par l'auteur, dans le service de M. le Dr Boys de Loury, à Saint-Lazare.

Cette méthode offre de nouveaux aperçus au praticien; dans bien des circonstances il sera utile d'y avoir recours, notamment dans le but d'abrégier la durée de la maladie.

Mais que l'auteur du travail, auquel nous rendons pleinement justice, nous permette de lui dire qu'il importerait peut-être de préciser avec plus de soin encore les indications de la ponction avec aspiration; car pour notre part nous ne voyons pas bien quels avantages on pourrait retirer de ce procédé dans les cas de bubon à pus inoculable... Pour les adénites tenant à d'autres causes, il nous paraît réaliser un réel progrès sur les autres traitements.

MANUEL MÉDICAL DES EAUX MINÉRALES,
par le D^r Eug. LE BRET.

1 vol. in-12, Adrien Delahaye, éditeur. Paris, 1874.

Le livre que publie aujourd'hui M. le D^r Le Bret a pour but de présenter au praticien d'une manière complète, quoique sous une forme concise, toutes les indications qui peuvent le diriger dans le choix d'une eau minérale. Étant donné un état pathologique, quelles sont les raisons qui devront faire préférer non-seulement telle classe d'eaux à telle autre, mais encore une station à une de ses rivales qui ne se distingue de la première que par des différences souvent peu tranchées ?

Avant d'aborder l'étude des diverses médications et des stations qui y sont afférentes, l'auteur passe en revue tous les modes balnéaires, tels qu'ils sont pratiqués aujourd'hui en France et à l'étranger, en signalant d'après son expérience quels sont ceux qui méritent la préférence, suivant les résultats que l'on veut obtenir.

Des diverses médications étudiées par M. E. Le Bret, trois surtout doivent attirer notre attention, en raison du caractère de ce recueil ; ce sont celles qui s'adressent aux affections de la peau.

Or, tout le monde sait que, dans la plupart des dermatoses chroniques, les eaux minérales comptent au nombre des moyens les plus efficaces que l'on puisse mettre en usage. N'est-il pas évident que, s'adressant à la fois à l'état local dont elles sont un des plus puissants modificateurs, elles ont d'autre part une action salutaire soit sur la diathèse qui leur a donné naissance, soit sur le tempérament ou les altérations fonctionnelles ou organiques qui les tiennent sous leur dépendance ?

M. Le Bret a discuté toutes ces questions avec l'autorité

que lui donnent un séjour prolongé dans diverses stations thermales et la part active qu'il a prise aux travaux de la Société d'hydrologie depuis sa fondation, et notamment à la discussion importante qui eut lieu il y a quelques années sur le traitement des maladies de peau par les eaux minérales.

C'est là un trop vaste sujet pour que nous puissions même l'effleurer à cette place. Bornons-nous à dire que l'on trouvera dans l'ouvrage de l'ancien inspecteur des eaux de Barèges la série complète d'indications et de contre-indications permettant aux médecins de se décider pour telle ou telle eau minérale en présence d'une dermatopathie quelconque. En dehors des données essentiellement médicales et de beaucoup les plus importantes, l'auteur a reproduit, à propos de chaque source, les analyses les plus récentes et donné les renseignements les plus précis sur les divers exercices balnéaires propres à chaque station.

L'ouvrage se termine par une série d'études d'une réelle importance sur la durée du traitement thermal, les effets consécutifs des eaux minérales, et un parallèle des eaux françaises et étrangères.

C'est là un livre d'une utilité incontestable, dont les éléments ont été puisés aux meilleures sources et coordonnés par un des esprits les mieux doués que nous connaissions pour accomplir l'œuvre de vulgarisation sérieuse dont nos confrères hydrologues s'efforcent de réunir les matériaux auprès de chaque station thermale, en s'appuyant tant sur les travaux de l'hydrologie moderne que sur les données bien plus précieuses encore de la clinique.

ÉTUDE SUR LA PELADE, par le Dr COURRÈGES. Broch. in-8°, chez A. Delahaye, éditeur; Paris, 1874.

Ce sont les récentes et très-intéressantes recherches de Malassez qui ont été l'occasion de ce travail et qui en forment

le fond. Le Dr Courrèges a voulu ajouter à une anatomie pathologique nouvelle, dont tout l'honneur revient à Malassez, une physiologie pathologique nouvelle, qui, bien qu'hypothétique, a beaucoup de vraisemblance. Malassez (voir *Arch. de physiologie*, 2^e numéro 1874) donne du microsperme Audouini et de son siège une description nouvelle qui confirme bien la découverte de Gruby dans ce qu'elle a d'essentiel, mais est sur certains points en complet désaccord avec la description de cet auteur et aussi de Bazin. Ainsi Malassez n'a jamais trouvé le microsperme dans les follicules pileux ni dans l'intérieur du poil, mais seulement au milieu des pellicules épidermiques; ce champignon occupe les parties les plus superficielles de la couche cornée de l'épiderme; on le trouve entre ou à la surface des cellules épithéliales de cette couche; il ne se rencontre qu'accidentellement sur les cheveux, et encore siège-t-il sur des cellules épithéliales qui proviennent de l'épiderme cutané. Les cheveux sont souvent décolorés, cassants, atrophies, mais leur structure n'est pas sensiblement modifiée; leur épithélium n'est pas détruit. Ces données nouvelles ont fait penser au Dr Courrèges que l'alopécie et l'achromie de la pelade n'étaient pas le résultat direct de l'action du parasite sur le cheveu et sur la peau, mais la conséquence d'une altération secondaire de ces organes, liée elle-même à la présence du champignon. La pelade serait une affection parasitaire, mais non une teigne au sens assigné à ce mot par M. Bazin, et il ne faudrait pas la ranger à côté des teignes favuse et tonsurante; puisqu'on ne peut trouver comme dans celles-ci sur les poils la moindre altération cryptogamique. L'auteur croit comme Hébra que la chute des poils et l'achromie sont dus à un vice de nutrition; mais au lieu d'attribuer, comme le professeur de Vienne, ce vice de nutrition à une lésion de l'influx nerveux et d'en faire une espèce de

trophonévrose, il le place, comme on fait en France, tout entier sous la dépendance d'une cause toute locale, le végétal parasite.

Le cryptogame ne siégeant ni dans le follicule ni sur la tige, l'auteur conseille la rasure plutôt que l'épilation et seulement dans le but de réveiller l'activité du bulbe pileux.

Le Dr Courrèges rapporte les différences qui existent entre la forme achromateuse et décalvante à une différence dans la rapidité d'évolution et la localisation de la maladie. Toute pelade à marche rapide et à forme généralisée décolore peu la peau : telle est la pelade décalvante ; au contraire, toute pelade à marche lente et à forme localisée entraîne une achromie très-marquée : telle est la pelade achromateuse.

Dr CH. SCHWARTZ.

REVUE DES JOURNAUX

DE L'EMPLOI DES TISSUS IMPERMÉABLES ET NOTAMMENT DE LA
TOILE DE CAOUTCHOUC DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS
DE LA PEAU, par le D^r Ernest BESNIER.

Au nombre des améliorations les plus importantes introduites depuis quelques années dans le traitement local des affections de la peau, il faut placer, en première ligne, *l'emploi des toiles imperméables*; perfectionnement destiné à remplacer l'usage de bien des topiques, et particulièrement des cataplasmes. Le D^r Colson, de Beauvais, a, le premier, appelé l'attention du monde médical sur l'utilité de la toile vulcanisée dans le traitement de certaines dermatoses, et posé des indications précises sur les cas dans lesquels il est avantageux d'y avoir recours.

A leur tour, MM. Hardy, Lailler, etc., sont venus apporter leur témoignage en faveur de ce nouveau mode de traitement, dont les bons effets ont été depuis constatés par tous ceux qui sont à même de suivre les visites de nos distingués et savants confrères.

M. le D^r Besnier a récemment publié, sur cette question, un très-intéressant article dans lequel, après avoir signalé les heureux résultats obtenus par les médecins que nous venons de citer, il cherche à généraliser de plus en plus ce mode de traitement. C'est ce travail dont nous allons essayer de résumer les traits principaux, heureux si nous parvenons à faire apprécier des praticiens une méthode dont, nous aussi, nous avons été bien souvent à même

de reconnaître la supériorité sur une foule d'autres topiques de même ordre.

Ainsi que le remarque tout d'abord le D^r Besnier, la toile vulcanisée est déjà un moyen précieux, ne fût-ce qu'au point de vue économique, pour les personnes appartenant aux classes peu fortunées de la société; gens à qui il est difficile, sinon impossible, de se procurer tout ce qui est nécessaire pour faire un cataplasme dans de bonnes conditions et le renouveler à propos. En second lieu, dans des dermatoses très-étendues, l'emploi des cataplasmes est impossible, et le bain qui pourrait les remplacer n'est pas à la portée de tous et d'ailleurs ne saurait toujours se répéter sans inconvénients.

Pour pratiquer l'enveloppement imperméable on peut se servir d'un tissu ciré ou caoutchouqué quelconque, mais des feuilles minces de caoutchouc ou de la toile vulcanisée méritent la préférence.

La toile imperméable doit être appliquée directement sur la partie malade, sans exercer aucune autre compression que celle qui est nécessaire pour la maintenir, afin de permettre aux exhalations cutanées qui vont se produire de se faire entre la surface cutanée et le tissu de caoutchouc.

Chaque fois qu'on enlève l'appareil de pansement, il faut avoir soin de l'essuyer exactement, de le laver à l'eau froide et ensuite de le faire sécher, de manière à pouvoir de nouveau l'appliquer propre et sec. Avec ces précautions, les feuilles de caoutchouc ou la toile vulcanisée peuvent servir pendant longtemps, et être de nouveau utilisées par les malades en cas de récurrence.

L'emmaillotement est fait d'une manière continue ou intermittente, c'est ce dernier mode que recommande surtout M. Besnier. On l'applique en général pendant la nuit, et de cette façon, les malades peuvent vaquer à leurs occu-

pations ou subir les autres modes de traitement qu'indiquent les diverses lésions cutanées.

Quels sont les effets immédiats de l'enveloppement imperméable ? Si le pansement a été convenablement pratiqué, on trouve, dit notre savant confrère, au moment où il est enlevé, « la surface cutanée et la face de contact du tissu imperméable plus ou moins abondamment couvertes d'un liquide dont la composition varie suivant la nature de la lésion, mais le plus habituellement composé en grande partie d'eau sudorale tenant en macération les éléments de la sécrétion pathologique propre à l'affection en traitement. » — Quelques applications suffisent pour déterger la surface malade mieux que n'eussent pu le faire des cataplasmes ou des bains ; l'exhalation cutanée, qui s'opère là en quantité surabondante, amène un dégorgement, une véritable défluxion de la partie affectée. Il est certain aussi que la soustraction du contact de l'air, du frottement des vêtements ou du lit, contribue pour une part au soulagement que les prurigineux éprouvent par suite de ce mode de traitement.

L'enveloppement imperméable est donc un antiprurigineux excellent, cette suppression du prurit est un des effets les plus constants, en même temps qu'il constitue un des résultats les plus appréciés par les malades. Est-ce à dire, cependant, que ce moyen convienne toujours et que l'on doive l'employer indifféremment dans toutes les dermatopathies ? Non : il réussit, il est vrai, dans l'immense majorité des cas, mais il en est d'autres dans lesquels on sera obligé d'y renoncer. C'est encore là un point qui a été parfaitement étudié par notre distingué confrère de l'hôpital Saint-Louis. « Nous considérons, dit-il, l'indication de ce mode de traitement comme particulièrement attachée à la classe très-nombreuse de dermatopathies aiguës, sub-aiguës ou exacerbantes, de toute nature, dans lesquelles l'élément

phlegmasique joue un rôle important et donne lieu à des exsudations concrescibles, à des fissures, à un épaississement du derme : eczéma, impétigo, ecthyma, lichen, ou bien encore à toutes celles qui s'accompagnent d'un prurit intense ou rebelle, à toutes les variétés de prurigo. » C'est surtout à la période exsudative de l'eczéma et de l'impétigo que l'application de la toile imperméable donne de bons résultats; elle amène alors un soulagement très-marqué et diminue d'une manière notable la durée de cette période qui est parfois si longue.

Dans les eczémas professionnels, dans l'impétigo des membres inférieurs, dans toutes les affections sécrétantes du cuir chevelu, etc., l'amélioration est des plus manifestes et permet ensuite d'avoir rapidement recours au traitement curatif à l'aide des médications internes appropriées et des topiques indiqués par la nature des lésions cutanées.

Si certaines affections de la peau, à leur période desquamative, pityriasiqne, trouvent dans le pansement imperméable un auxiliaire utile pour calmer la démangeaison, nettoyer la surface tégumentaire et préparer en quelque sorte à l'emploi d'autres topiques; si dans l'ichthyose il répond encore à la même indication, il n'en est plus de même dans le psoriasis généralisé, où son application sur toute la peau pourrait présenter de sérieux inconvénients. Dans deux cas observés par M. Besnier et dans un troisième qui se trouvait dans le service de M. Lailier, le caoutchouc a donné lieu à une dermite exfoliatrice suraiguë généralisée, qui, dans un cas, fut assez intense pour mettre la vie du malade en danger. Toutefois en cas de psoriasis localisé, notamment pour le psoriasis capitis, l'emballotement rend de réels services en provoquant la chute rapide des squames et l'amélioration des fissures cutanées, quand cette complication existe.

Durant la période active du pemphigus, l'enveloppement

impermeable ne convient pas en général ; on ne pourrait y avoir recours, dans tous les cas, que d'une manière temporaire, soit pour faire tomber les écailles, soit pour combattre les démangeaisons dans la forme prurigineuse de l'affection.

Toutes ces questions, que nous ne faisons qu'indiquer ici d'une manière sommaire, sont étudiées avec une grande autorité et un soin extrême par M. le Dr Besnier. Grâce à ses travaux consciencieux on verra, je l'espère, se généraliser l'emploi de l'occlusion impermeable dans le traitement des affections cutanées.

C'est là, comme le dit avec raison M. Besnier, « une méthode toute française et dont la pratique est redevable au Dr Colson et au professeur Hardy, » et, ajouterons-nous, dont les recherches de notre distingué confrère auront puissamment contribué à préciser les indications et à vulgariser l'emploi. (*Bulletin général de thérapeutique*, janvier 1873.)

DES RÉTRÉCISSEMENTS SYPHILITQUES DE LA GLOTTE,
par le Dr ELSBERG.

Le Dr Elsberg, qui s'occupe spécialement des affections du larynx, a observé, dans le cours de ces 15 dernières années, six cas de rétrécissement syphilitique de la glotte. Ces rétrécissements sont le résultat de syphilides ulcéreuses laryngées et sont déterminés, comme les sténoses gutturales, par la rétraction progressive d'un tissu de cicatrice ; ils se produisent donc à une période assez avancée de la maladie. On observe souvent, en même temps que ces rétrécissements glottiques, des brides cicatricielles au niveau de la base de la langue et une destruction partielle de l'épiglotte. C'est au niveau de l'angle antérieur de la fente glot-

tique que le tissu cicatriciel semble toujours se développer en premier lieu ; l'espace laissé libre pour le passage de l'air se trouve ordinairement à l'autre extrémité de cette fente. Dans 2 cas, la membrane cicatricielle occupait toute la circonférence de la glotte, formant un diaphragme percé à son centre ; dans 1 cas toute la glotte semblait obturée sauf une fente très-étroite qu'on apercevait le long de la corde vocale gauche.

La formation de ce tissu cicatriciel est lente et la dyspnée, précédée de loin par la raucité de la voix ou l'aphonie, s'établit d'habitude si graduellement que la respiration s'adapte aux nouvelles conditions des organes lésés et qu'elle peut être empêchée à un degré terrible avant que la vie soit compromise. Le seul traitement qui convienne à ces rétrécissements est évidemment la destruction du tissu nodulaire. L'opération doit être pratiquée par la bouche et au moyen du galvano-cautère. (*The american journal of syphilography and dermatology.*) D^r Ch. SCHWARTZ.

OBSERVATION DE SUEUR SANGUINE, par W.-P. HART.

Sous ce titre, l'auteur rapporte, avec les détails les plus minutieux, l'observation d'une maladie singulière suivie presque heure par heure, depuis le 31 octobre 1874 jusqu'au 15 novembre de la même année, jour de la mort du malade. Un jeune homme de 24 à 25 ans, sans antécédents ni précédents pathologiques à noter, est pris des symptômes prodromiques communs à la plupart des affections fébriles, puis, au bout de 2 jours, il tombe dans un état semi-comateux ; le 5 novembre il se plaint d'une façon particulière de la poitrine et de l'abdomen et rend des selles, des crachats et des urines sanglants ; en même temps il est baigné d'une véritable sueur sanguine, sortant de tous les orifices sud-

risères de l'enveloppe externe, et plus particulièrement de ceux du tronc; la peau sous-jacente a un aspect parfaitement normal: pâle et fine sur le tronc et les membres, plutôt congestionnée au cou et à la face. Le lendemain épanchement considérable autour du poumon droit; le 7 novembre épanchement intra-péricardique; les jours suivants l'hémorrhagie cutanée cesse pour se produire sur la muqueuse labiale; les vomissements, les urines et les déjections continuent teints de sang pur, puis décomposé; le malade s'affaiblit et finit par succomber après avoir présenté dans sa maladie une fièvre continue, mais d'une intensité modérée.

A quelle affection rattacher cette curieuse observation? L'auteur reste dans le doute et attire surtout l'attention sur cette sueur sanguine tout à fait singulière; il regrette que l'autopsie ait été refusée: c'est, en effet, un desideratum important; mais nous lui en signalerons un autre: c'est l'absence d'examen microscopique et chimique des sécrétions sanglantes et surtout du liquide sudoral; on ne peut rattacher le cas de M. Hart à des faits sinon semblables du moins analogues (hématidrose, hémorrhagies cutanées supplémentaires, etc.) sans savoir si c'est le sang en nature avec ses globules ou seulement sa matière colorante qui s'était fait jour par la peau et par les muqueuses. (*Richmond and Louisville medical journal*, janvier 1875.)

D^r H. COUTAGNE.

DES AFFECTIONS SYPHILITQUES DE LA SCLÉROTIQUE, par
Fréd.-R. STURGIS.

L'auteur reconnaît trois affections différentes pouvant affecter la sclérotique sous l'influence de la syphilis; mais, ainsi qu'il en convient assez explicitement, une limitation

plus ou moins précise et une profondeur plus ou moins grande permettent de tracer une démarcation souvent arbitraire entre l'épiscléritis, la scléritis parenchymateuse et la scléritis gommeuse.

A défaut d'examen histologique, la coïncidence presque constante de ces affections avec les lésions tertiaires permet de regarder la scléritis gommeuse comme le type de ce genre d'accidents syphilitiques. Assez souvent indépendante de toute complication oculaire, profonde ou superficielle, la scléritis syphilitique se caractérise par une petite tumeur rougeâtre, située le plus souvent vers l'insertion bulbaire du muscle droit, prenant en même temps qu'elle se développe une teinte de plus en plus foncée, et se terminant, soit par ulcération, soit par résolution. La faible intensité ou même l'absence complète de tout trouble fonctionnel oculaire et de toute douleur forme un contraste remarquable avec ce que l'on rencontre dans les autres formes de syphilis oculaire.

M. Sturgis rapporte 6 observations de scléritis syphilitique, dont 2 inédites ; il insiste sur l'opportunité du traitement mixte, grâce auquel cette affection attaquée avec énergie est d'un pronostic sans gravité. (*Archives of dermatology*, janvier 1875.)

D^r H. COUTAGNE.

NOTES SUR LE LICHEN PLANUS, par R.-W. TAYLOR.

M. Taylor cite dans ce travail l'histoire de 4 malades qu'il regarde comme atteints de l'affection rare décrite par E. Wilson sous le nom de *lichen planus*, et dont il a donné la définition suivante : « Le lichen planus est une éruption de papules remarquables par leur couleur, leur forme, leur développement isolé ou en groupes, leur

siège, leur caractère chronique et local, et les taches noires qu'elles laissent après elles quand elles disparaissent. » Les faits de M. Taylor font bien ressortir le caractère isolé ou aggloméré des papules qui composent cette éruption, et cette double forme s'est rencontrée simultanément chez trois de ses malades ; sa 4^e observation est remarquable par la généralisation de l'éruption sans aucun trouble de l'état général.

L'étiologie du lichen planus est des plus obscures ; M. Taylor est disposé à rattacher l'affection, dans certains cas du moins, à l'arthritisme ou à des troubles d'élimination et d'assimilation encore obscurs : l'efficacité du traitement par les diurétiques alcalins semble légitimer cette opinion, surtout pour des faits rapportés dans ce mémoire. Signalons, enfin, le parallèle du *lichen planus* de Wilson avec le *lichen ruber* de Hebra ; ainsi que Tilbury-Fox, M. Taylor est disposé à regarder ces deux affections comme identiques, surtout dans leur forme généralisée. (*Archives of dermatology*, octobre 1874.) Dr H. COUTAGNE.

LIVRES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Des scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngienne (Angines scrofuléuses graves. — Lupus de la gorge), par Georges Homolle, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc., etc. Paris, J.-B. Baillière, gr. in-8° de 130 pages. — 2 fr. 50.

De la lithine dans les eaux minérales de Royat, par Truchot, docteur ès-sciences, et le Dr Frédet. Broch. in-8, Paris, A. Delahaye.

Les bandages et les appareils à fractures. Manuel de déligation chirurgicale contenant la description d'un certain nombre de bandages nouveaux, par le Dr J.-F. Guillemin, médecin-major des hôpitaux militaires. 1 vol. in-18 de 300 pages et 155 figures (collection diamant). Paris, G. Masson. — 6 francs.

De la transmission de la syphilis entre nourrices et nourrissons, et notamment par l'allaitement, avec considérations médico-légales, par le Dr Camille Appay, in-8° de 125 pages ; Paris, G. Masson. — 2 fr. 50.

Menton sous le rapport climatologique et médical, par le Dr Jacques-François Farina. 1 vol. in-12 de 245 pages. O. Doin. — 2 fr. 50.

Clichy.— Imp. Paul DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 13. (19, 3-5.)

Le gérant, G. MASSON.

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

NOTES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
par le Dr Adrien CHARPY.

1° De la classification des maladies de la peau.

Après la définition, qui au dire de Platon demande une intelligence plus qu'humaine, rien n'est plus difficile en science que la classification. C'est qu'elle suppose, en effet, deux conditions nécessaires : la connaissance approfondie de chaque objet particulier, et un esprit généralisateur capable de grouper dans un ordre lumineux toutes ces connaissances individuelles.

Depuis le jour où Willan le premier sut débrouiller l'art confus de nos vieux dermatologistes, tous ceux qui ont écrit sur cette branche de la médecine qui traite des affections cutanées se sont efforcés de compléter, de développer le cadre un peu rudimentaire qu'avait tracé l'auteur anglais. Le nombre de ces classifications est aujourd'hui considérable ; on en compte autant que de spécialistes, et,

chose remarquable, chacun d'eux donne son œuvre comme la seule scientifique et définitive. Cette divergence d'opinions conduit à penser que tous moins un, sinon tous, ont suivi une fausse voie. Il n'est donc pas sans intérêt que la critique promène son flambeau dans ce dédale et cherche s'il s'y trouve le fil conducteur.

Rappelons d'abord et sommairement quelques notions générales. On distingue les classifications artificielle et naturelle. La classification est *artificielle* quand elle classe les objets d'après une propriété essentielle ou accidentelle, mais choisie arbitrairement. La classification de Linnée, qui coordonnait toutes les plantes d'après le nombre des étamines, en est un exemple célèbre. Elle précède d'ailleurs forcément la classification naturelle : elle est le cadre provisoire où le chercheur dépose ses richesses en attendant qu'il les étudie dans leur intimité et leur restitue leur véritable rang. — La classification est *naturelle*, quand elle classe les objets d'après leurs propriétés essentielles, et subordonnées par ordre d'importance. Pour les plantes et les animaux, cette subordination des caractères n'est autre que celle des organes. C'est de Jussieu qui a inauguré la classification naturelle en botanique ; c'est Cuvier qui l'a appliquée à la zoologie.

Il s'est produit de nos jours un système nouveau, corollaire d'idées nouvelles. Darwin ayant enseigné que l'espèce n'est point un type immuable et permanent, mais qu'elle subit une variation constante et progressive, reconnaissable dans la longue suite des générations, de Hæckel (*Histoire des êtres organisés*) en a conclu que la classification ne doit plus être désormais qu'une généalogie, un arbre de famille où chaque branche représente une génération nouvelle, une espèce momentanée.

Comment les médecins ont-ils appliqué ces principes ? Remarquons d'abord qu'en médecine la seule classification

naturelle est celle qui repose sur l'anatomie pathologique, puisque cette science a précisément pour objet les caractères de la partie malade, ou si l'on veut l'étude des organes de la maladie. Or, il faut reconnaître que tous les médecins de ce siècle sont résolument entrés dans cette voie, d'où le vitalisme ne pense plus les faire sortir, et les progrès que l'avenir réserve à l'histologie et à la chimie ne peuvent que rendre plus sûrs et plus précieux les caractères destinés à fixer les espèces morbides. Tout au plus, et par une concession qui ne nuit en rien au plan général, a-t-on laissé une place au caractère topographique pour former les classes. C'est ainsi que la plupart des traités de médecine commencent par distribuer les maladies d'après les appareils (appareil des centres nerveux, de la respiration...). Mais la détermination des familles, des genres et des espèces repose entièrement sur l'anatomie pathologique. Ainsi, dans l'appareil respiratoire, nous trouvons les familles représentées par les inflammations, névroses, hémorrhagies ; les genres représentés par la pneumonie, la paralysie ; les espèces par les termes de caséeux, purulent. D'une manière générale, la classification en médecine est donc naturelle et cherche ses caractères dans l'anatomie pathologique.

En est-il de même en dermatologie ? Assurément non, et cela pour deux raisons : d'abord parce que deux auteurs célèbres, Alibert et après lui Bazin, ont eu l'idée malheureuse d'introduire dans la classification des caractères tirés de l'étiologie, éternelle pomme de discorde, source de discussions et de confusion ; ensuite, parce que d'autres écrivains n'ont attaché aucune importance à la classification. C'est ainsi que dans son traité, d'ailleurs si remarquable, des maladies de la peau, M. Gailleton écrit : « Les dermatologistes ont pendant longtemps accordé aux classifications une importance exagérée... Toute classification est

bonne lorsqu'elle est simple et qu'elle conduit nettement et rapidement à la notion des sujets à étudier. » Et joignant l'exemple au précepte, l'auteur propose une classification éclectique qui n'a pas à coup sûr le mérite de la simplicité, puisque les caractères sont puisés à trois sources différentes : l'étiologie, la topographie et l'anatomie pathologique.

Il y a donc à résoudre une double question :

1° Doit-on rechercher en dermatologie les classifications naturelles ?

2° Quels sont les caractères sur lesquels on doit s'appuyer ?

La réponse à la première question ne saurait être douteuse. Oui, une classification naturelle est sans contredit préférable parce qu'elle représente la science et non l'empirisme, le définitif au lieu du provisoire ; parce qu'elle donne des caractères positifs et mesurés à leur juste valeur, au lieu de caractères arbitraires et distribués sans qu'il soit tenu compte de leur importance ; parce qu'enfin elle raccorde la dermatologie cutanée avec la médecine générale, et n'en fait plus ce terrain mystérieux qui semblait sans relation avec les autres branches de notre science et où la majorité des médecins n'osait pénétrer.

Il ne me paraît pas que la classification généalogique de Hœckel soit actuellement applicable aux affections cutanées. On peut en citer un exemple remarquable dans la médecine mentale : c'est la classification des folies héréditaires par Morel. Ces divers types de folie, qui vont de l'excentricité à la manie raisonnante et de là à l'imbécillité et à l'idiotie, représentent en effet une série généalogique, les générations successives d'une même famille, où le vice héréditaire se transmet et s'accumule. Veil, dans son traité des maladies chroniques, a bien donné quelques généalogies de maladies cutanées, mais ce sont là des éléments par

trop incomplets. Plus tard, quand ils seront en nombre suffisant, ils pourront servir à compléter et à corriger la classification naturelle.

C'est donc à la classification anatomo-pathologique qu'il faut s'arrêter comme à la plus naturelle et à la plus utile. Et par cela même, c'est déterminer à quelle source doivent en être puisés les caractères. Ces caractères doivent être exclusivement anatomiques, sous peine d'introduire des éléments disparates et arbitraires, de rompre toute unité et de substituer des notions confuses à des connaissances précises.

Tel est, en effet, le résultat de l'application de l'étiologie à la classification des affections cutanées. Alibert le premier imagina des classes d'affections strumeuses, dartreuses. Plus tard Beaumès proclama qu'il était indispensable de posséder deux notions, celle du genre morbide et celle de la nature du mal. Bazin, qui s'est donné pour le Jussieu de la dermatologie et qui n'a fait que compliquer et dénaturer le système si simple de Willan, s'est servi de l'étiologie pour toutes ses grandes divisions et a été ainsi conduit à multiplier à l'infini les genres morbides. Enfin M. Gailleton lui-même, après avoir fait justement remarquer tous les inconvénients de ces systèmes, l'adopte à son tour par élection et comme le plus utile, sinon le plus scientifique.

Trois raisons décisives me paraissent militer contre ce mélange hybride de l'anatomie et de l'étiologie : 1° l'incertitude de l'étiologie. Heureux celui qui peut connaître les causes des maladies ! mais cet homme heureux existe-t-il ? Est-il rien de plus obscur, de plus insaisissable pour nous que la cause ? Que représentent à l'esprit les mots scrofule, dartre, arthritisme, comme sens étiologique et non plus comme idée syndromique ? Il est tellement vrai que la signification de telle ou telle cause varie suivant chaque médecin, que

les espèces morbides varient suivant chacun d'eux. Sans parler de M. Hardy qui n'admet pas l'arthritisme, l'eczéma arthritique de M. Bazin est-il celui de M. Gailleton? Le cancer, qui est dartreux pour M. Hardy, est arthritique pour M. Bazin, et pour M. Gailleton n'est ni dartreux ni arthritique. Il n'y a donc que confusion de ce côté.

2° La disparité des caractères. Il est impossible de subordonner des caractères dissonnants, pris à deux sources différentes, et par suite il n'est pas possible de classer. Quand on emprunte ses caractères à la topographie, à l'étiologie et à l'anatomie pathologique, et que l'on compose le groupe suivant, par exemple : maladie du derme, eczéma, arthritique ; on ressemble au botaniste qui classerait ainsi un *geranium* : plante terrestre (famille)... *geranium* (genre)... printannier (espèce). Que dirait-on de ce botaniste, et au lieu de cet accord si parfait qui permet aux savants de tous les pays de s'entendre de suite sur une plante connue, n'en serait-on pas au chaos qui régnait avant Linnée et Jussieu?

3° Le désaccord avec les principes généraux de la médecine. Remarquons que la peau est un organe tout comme le rein et le poumon, et que la dermatologie n'est qu'une branche de la médecine générale. Or parle-t-on en médecine de pleurésie scrofuleuse, d'arthrite dartreuse? On distingue des arthrites congestive, séreuse, suppurée ; de même pour les pleurésies, les néphrites... Pourquoi ne ferions-nous pas de même et ne nous bornerions-nous pas à dire : eczéma rubrum ou lamelleux, au lieu d'eczéma dartreux ou arthritique?

Non pas que pour la connaissance complète d'une maladie, il ne soit d'une haute importance d'en déterminer la cause. Il importe au chirurgien de savoir que telle arthrite congestive est de cause scrofuleuse, au médecin que telle néphrite catarrhale est de cause diabétique. Mais ce sont

des notions d'un autre genre. Il faut laisser les roses aux rosiers, et l'étude des causes à l'étiologie.

Voyons maintenant en quelques mots de quel côté se sont portés les principaux écrivains. A la classification artificielle se rattachent les divisions qui reposent sur la topographie et sur l'étiologie. Simon (de Berlin), Wilson (de Londres), Hébra (de Vienne) ont fait des classifications topographiques. Celle du compendium de médecine, qui repose sur les données anatomiques de Cazenave, est essentiellement erronée; il ne faut en accuser que l'insuffisance de l'anatomie pathologique à l'époque où écrivait ce dernier auteur. Les classifications d'Alibert, de Beaumès, et celle plus éclectique de Hardy sont des exemples de classification étiologique.

Aucun auteur n'a fait une classification naturelle complète. Mais du moins faut-il savoir gré à Willan d'avoir réalisé le plus grand progrès dans la classification en donnant la notion fondamentale du genre. En déterminant avec précision et pour toujours les genres morbides, tels que l'eczéma, le pemphigus... Willan a créé ce qu'à l'exemple des botanistes on pourrait appeler le *genera morborum*. — Les classifications mixtes sont celles de MM. Bazin et Gailleton. On sait qu'elles combinent l'étiologie et l'anatomie pathologique.

Si maintenant nous essayons de donner un exemple d'une classification purement anatomique, nous verrons qu'on peut sans difficulté composer de suite un certain nombre de groupes naturels. Ainsi :

Famille.	Tribu.	Genre.	Espèce.
Inflammation.	Exsudative.	Eczéma.	Impétigineux.
Tumeur.	Épithéliale.	Epithélioma.	Papillaire.
Trouble nutritif.	Pigmentaire.	Vitiligo.	Candida.
Parasite.	Végétal.	Favus.	Urcéolaire.

Il faut remarquer au sujet des parasites qu'ils répondent

tout aussi bien à l'anatomie pathologique qu'à l'étiologie; car c'est une cause fixée sur l'organisme, et faisant partie intégrante de l'organe malade.

Je ne pousserai pas plus loin les exemples. Ce n'est point une classification que j'ai voulu proposer; mon but était seulement de critiquer les classifications pour en montrer les qualités et les défauts.

2° Du *favus miliaire*.

Il est une forme de *favus* sur laquelle je désire attirer l'attention. Tous les médecins qui ont l'expérience des affections cutanées ont dû la rencontrer plus d'une fois; mais elle n'a pas été décrite à part. Elle mérite cependant une mention, en raison de quelques particularités qu'elle présente et qui intéressent surtout le diagnostic.

On admet généralement dans le genre *favus* les espèces squarreuse, scutiforme, urcéolaire. J'appellerai cette forme *favus miliaire* en raison de la ténuité des godets qui ne dépassent guère le volume d'un grain de mil.

Le *favus miliaire* ressemble au premier coup d'œil à de l'eczéma lamelleux ou à du pityriasis. Le cuir chevelu est envahi dans sa totalité. Il est recouvert de lamelles de couleur blanc-jaunâtre, de consistance élastique, qui agglutinent les cheveux et les couchent le long de l'épiderme. D'autres fois, les lamelles sont remplacées par une poussière grise, furfuracée, qui tombe incessamment. Sous ces furfurs ou ces lamelles on découvre une surface à teinte grise ou gris-rouge, d'aspect luisant et légèrement ridé; cette surface est sèche, sans exsudation.

Si l'on se contente d'un examen superficiel, le diagnostic s'égare et l'on croit à une teigne furfuracée ou amiantacée. Mais déjà l'œil est mis en éveil par ce fait que tout le cuir chevelu étant envahi, la lésion s'arrête nettement sur

le contour des surfaces chevelues et n'empiète ni sur le front ni sur l'oreille, fait exceptionnel dans un eczéma. Il remarque aussi par places de petites taches blanches irrégulières de la largeur d'une pièce de cinquante centimes et qui sont des plaques alopéciques. Enfin un odorat exercé perçoit l'odeur caractéristique du favus, odeur de souris, de marécage.

Tous ces symptômes doivent pousser l'observateur à chercher le signe caractéristique, le godet, et de fait on le retrouve toujours. Dans deux cas, en examinant avec soin la base des cheveux et en les dépouillant des lamelles qui les recouvraient, je les ai trouvés enchatonnés dans des godets qui n'excédaient pas un millimètre de diamètre et leur formaient une collerette soufrée. Sur un autre malade on ne voyait nulle part de godets et seulement des lamelles jaunâtres, analogues à celles de l'impetigo ; mais en relevant et en rebroussant les cheveux couchés, je remarquai qu'ils étaient enfermés à leur base dans une *gaine dorée*, bien distincte des squames qui les englobaient ; c'était, si l'on veut, du favus en fourreau ou en godet cylindrique. Fait important, les cheveux n'étaient plus adhérents et cédaient à la moindre traction. — Dans tous ces cas, l'examen histologique confirma le diagnostic.

Il ne faut pas confondre le favus miliaire avec le favus naissant. Dans les observations auxquelles je fais allusion, il s'agissait d'une affection remontant à plusieurs mois, s'étant généralisée à tout le cuir chevelu, et tendant à persister avec le même caractère, sans que je puisse dire toutefois ce qu'il adviendrait à une époque plus éloignée.

Comment peut-on se rendre compte des diverses particularités que nous venons d'exposer ?

Si nous étudions l'affection au microscope, nous voyons que les cellules de l'achorion remplissent les squames tout autour du cheveu, mais ne descendent pas au fond du

follicule et ne pénètrent pas dans le cheveu même. Le cheveu a subi les altérations suivantes : il est sec, à teinte grise, à striations longitudinales très-marquées ; il est remarquable surtout par le développement considérable de ses gânes ; c'est un cheveu engainé, comme dans l'herpès tonsurant. C'est vraisemblablement cette néoformation épithéliale des gânes qui décolle le cheveu du fond du follicule et le rend terne et cassant.

Il y a donc une période relativement longue, pendant laquelle l'achorion reste limité au point d'émergence du cheveu et ne peut descendre au fond du follicule, repoussé par cette luxuriante formation d'épithélium nouveau qu'il provoque en tant que corps étranger. Il ne faut voir là qu'une susceptibilité individuelle, une manière propre à ce sujet de répondre à l'excitation mécanique du favus. Chez l'un, l'achorion provoque de l'érythème, chez cet autre des pustules ; sur un troisième, un pityriasis intense qui envahit le follicule pileux lui-même et s'oppose à l'extension du favus soit en surface soit en profondeur. Plus tard, soit que le cuir chevelu s'accoutume au parasite, soit que ce dernier ait fini par prendre le dessus, les gânes sont envahies, et les godets se forment, mais moins larges et moins nombreux.

En résumé : la limitation exacte aux parties chevelues, la présence de plaques alopéciques, l'odeur caractéristique, la non-adhérence des cheveux, et la présence de godets miliaires, circulaires ou cylindriques : tels sont les signes à rechercher et qui assureront le diagnostic.

3° Histoire naturelle des parasites végétaux.

Dire que les parasites végétaux de l'homme sont actuellement une des parties les moins connues de la botanique, c'est émettre une proposition qui semblera paradoxale aux

médecins et qui n'est pourtant que trop vraie pour le naturaliste.

Longtemps, l'histoire de ces infiniments petits a paru des plus simples; après Schœnlein, Gruby et Bazin il n'y avait plus rien à dire. L'organisme de la vie de ces êtres placés aux derniers échelons de la botanique se réduisait à quelques appareils, à quelques actes rudimentaires. Des filaments tubulés, entre-croisés en divers sens, et portant le nom de mycélium, constituaient le système végétatif; le système reproducteur était représenté par ces mêmes filaments, mais cloisonnés, articulés, et dont chaque article en se désagrégeant devenait une spore, c'est-à-dire un ovule capable, sans fécondation, de reproduire le même végétal. Aujourd'hui encore presque tous les dermatologistes en sont à ces idées rudimentaires, et sans se soucier des progrès accomplis dans toutes les branches de la mycologie, sans chercher à les appliquer aux parasites humains, ce qui est à coup sûr plus intéressant que d'étudier les parasites d'un berberis ou d'un pœonia, ils trouvent plus simple d'admettre avec l'ancienne classification de Payer une famille des arthrosporées, caractérisée par des filaments simples ou articulés, et dans laquelle se rangent tout naturellement le microsporon, l'achorion et le trichophyton.

Or il y a longtemps déjà qu'un célèbre botaniste français, Tulasne, a démontré que le cycle complet de la vie d'un champignon est plus étendu qu'on ne croyait, qu'il passe par des états différents, tout comme l'insecte par les périodes de larve, de chrysalide, de papillon, et que ces générations alternantes correspondent le plus souvent à des habitations différentes. C'est ainsi qu'un uredo sur une graminée, le seigle par exemple, où il apparaît sous forme de taches orangées, s'y transforme en une puccinie; pendant tout l'automne, il persiste dans ses diverses générations à l'état de puccinie; puis, après le sommeil hiberna-

ses spores transportées par le vent sur l'épine-vinette vont y donner naissance à un *œcidium*, lequel retournera plus tard sur les graminées pour former un nouvel *uredo*. De même, dans la famille des moisissures, nous voyons tel *aspergillus* passer à l'état d'*eurotium*, tel autre par l'état de *syzygites*. Et telle est la constance de ce polymorphisme dans les champignons, qu'on l'a trouvé dans tous les genres dont on a pu suivre le développement complet, et que l'on peut dire que là où on ne connaît pas l'appareil reproducteur, c'est qu'on ne connaît qu'un terme dans la série des générations.

En est-il de même pour les parasites végétaux de l'homme ? Tout porte à le croire : la généralisation du phénomène, et sa constatation dans des organismes aussi élémentaires au moins que l'*achorion* ou le *trichophyton*. Tout le monde connaît la levûre de bière. Elle est formée de cellules bourgeonnantes, qui s'unissent pour constituer des chapelets rameux ; ces chapelets peuvent être considérés comme des filaments mycéliens ramifiés, à articles courts et peu adhérents. Laissez ce ferment, ce mycoderme, dans son même liquide sucré ; il persistera toujours dans la même forme, en donnant naissance à d'innombrables générations de cellules toujours semblables, et l'on pourra croire avoir saisi toute l'histoire de ce végétal. Mais voici qu'un botaniste, Sachs, le transporte un jour sur un terrain différent, il le cultive sur une tranche de pomme de terre ; et dans le protoplasma des cellules qui terminent ces filaments apparaissent, par formation libre, de véritables spores arrondies, au nombre de deux, trois, quatre au plus, lesquelles reportées dans un liquide sucré reproduisent aussitôt de nouvelles cellules de levûre. Ainsi voici une phase nouvelle, que l'on ne soupçonnait pas, dans le cycle vital de ce petit organisme. Il y a un moment de sa vie où il forme des réceptacles, des *asques* ; il a une génération asexuée,

la spore. Quelque jour sans doute on découvrira sa génération sexuée, la fécondation de son mycelium.

Hallier d'Iéna a essayé d'appliquer aux parasites de notre organisme ces données nouvelles de la science, et l'insuccès avéré de sa tentative a jeté aux yeux des médecins le discrédit sur les idées qu'il soutenait. Mais il faut bien distinguer entre le principe et l'application. Le principe est celui du polymorphisme des générations alternantes ; il est hors de contestation. L'application, ou si l'on veut les faits indiqués par Hallier, n'ont pas été confirmés par l'expérience. Il n'y a qu'à recommencer et voilà tout.

Mais il importe de fixer avec soin le point où nous en sommes. Nous ne connaissons rien ou presque rien de l'histoire de l'achorion, du trichophyton ou du microsporon. Ce que nous appelons spores du favus, ce ne sont nullement des spores ; ce sont des cellules qui végètent, qui prolifèrent par division ou bourgeonnement, et le terme de spore est tout aussi impropre que si on l'appliquait au développement des tissus chez l'enfant ou aux proliférations cellulaires des organes malades. Ce que nous nommons organe reproducteur n'est qu'un organe en voie de développement, de formation cellulaire. Tout porte à croire que l'achorion, le trichophyton ont deux générations au moins, une génération asexuée où les spores naissent sans doute dans des réceptacles, et une génération sexuée, où s'accomplit la fécondation nécessaire à toute existence durable. Ces générations différentes se font en partie en dehors de nous, et il n'est pas invraisemblable que la génération asexuée de l'achorion existe sur les plantes de la campagne ou encore sur les animaux domestiques.

S'il fallait résumer en un mot l'état de nos connaissances sur les végétaux parasites, je dirais : ce que nous appelons achorion, trichophyton... c'est la génération cellulaire vivant sur nous qui, par un mode de fécondation inconnu,

produit une autre série de générations (générations asexuées, spores) vivant en dehors de nous, et destinées à y revenir pour recommencer le cycle de ses métamorphoses.

Croit-on qu'il soit sans intérêt de se mettre à la recherche de ces métamorphoses ? et quel succès ne serait-ce point si, découvrant le lieu habituel où s'accomplissent les modes agames de leur existence, on pouvait détruire par là même et en dehors de nous les maladies parasitaires !

V. Adrien CHARPY.

DES NOMENCLATURES et des CLASSIFICATIONS DERMATOLOGIQUES, par le Dr DAUVERGNE père, médecin de l'hôpital de Manosque et des Epidémies de l'arrondissement de Forcalquier, etc.

(Suite et fin.)

Des classifications en dermatologie.

MM. Cazenave et Schedel après avoir reconnu dans leur première édition que la célébrité de l'hôpital Saint-Louis était due à Alibert, enhardis par le succès des circonstances, ayant d'ailleurs à combattre une nouvelle classification, les premiers ouvrages d'Alibert n'ayant pas la prétention d'en offrir une, mais n'étant, comme il se plaisait à le dire, qu'un *genera plantarum*, les élèves de Bielt, dis-je, ont osé dire dans leur seconde édition, en parlant de la doctrine des dermatoses : « Ici point de méthode, pas de point de départ, pas le moindre lien. » Puis se drapant dans un sublime dédain, ils jettent ces mots : « *C'est l'arbre des dermatoses...* les maladies forment les branches et les rameaux au gré du médecin naturaliste. » (Ouv. cit., p. 21.)

Quelle fière audace ! Comment n'avez-vous pas craint que votre dédain ressemblât à celui du renard gascon de Lafontaine ? Comment n'avez-vous pas craint que la justice se fit un jour ? que la lumière dissipât les nuages que vous accumuliez, et que tôt ou tard la vérité parût radieuse pour vous écraser ? Vous aviez peur de la magnifique ori-

ginalité d'Alibert et vous l'injuriez ! Ne prévoyiez-vous pas que vos subterfuges seraient démasqués ?

L'unité de la classification d'Alibert est dans l'idée philosophique de réunir par leurs plus nombreux rapports et leurs phénomènes les plus saillants, les plus évidents et surtout les plus constants, les maladies de la peau, et, par ce même fait, de les éloigner en même temps par leurs dissemblances les plus frappantes, de quelque manière qu'on les examine. Ce point de départ est si rationnel, si justement pathologique qu'il sert de fil d'Ariane dans tout le cours des maladies et conduit directement à leur traitement. La vôtre de méthode n'est certes pas philosophique ; elle est si rétrécie dans son matérialisme et tellement forcée dans un seul rapport, qu'elle en devient factice et imaginaire. Rayer, seul de tous les willanistes, a vraiment trouvé une unité, un point de départ : l'inflammation ; mais c'est là une vérité qui fait pâlir toutes celles de M. de Laparisse, qui efface les naïves explications du médecin de Molière ; c'est un point de départ qui n'a point d'arrivée, à force de se diriger partout et d'être le phénomène le plus général de la pathologie.

Cet arbre que vous méprisez est la démonstration de cette unité ; la figure ou même la réalisation de cette pensée philosophique, dont il donne la forme la plus saisissante. Cet arbre fait découvrir dans un coup d'œil toutes les maladies de la peau, par groupes ; désignant la cause constitutionnelle qui les produit. Chaque branche en renfermant et montrant ainsi les maladies qui ont le plus de rapports entre elles, les plus grandes affinités par leurs principaux phénomènes, indique pareillement les rapprochements thérapeutiques qui les rallient et qui doivent diriger le praticien. Il y a plus : si chaque branche désigne ainsi les rapports les plus généraux, pour les causes, les diathèses, les cachexies ou les simples prédispositions constitutionnelles, c'est-

à-dire la nature vraie ou vraisemblable des maladies, les rameaux en distinguent les genres, qui rassemblent encore mieux les maladies par des analogies plus rapprochées ; tandis que les ramuscules montrent les espèces et les variétés, pour différencier entre elles les dernières nuances des affections et leurs plus particuliers symptômes, en un mot leurs individualités.

Cet arbre que vous vous efforcez de tourner en ridicule était peut-être le seul moyen ingénieux de bien montrer et dans un seul regard les rapprochements, comme les distances des maladies cutanées, car notre savant condisciple M. Martins, élève de Bielt, qui, dans la thèse que nous avons citée, accumule beaucoup de science de naturaliste pour combattre la classification d'Alibert, ne dédaigne pas cet arbre. « Les arbres, dit-il, sont propres à mieux faire voir comment les divisions et les subdivisions naissent d'un tronc commun. » (Ouv. cit., p. 29.) Aussi voulait-il le remplacer par une sorte de carte géographique, très-spirituelle, mais où l'œil s'égare facilement, tandis qu'il s'attache sans efforts aux branches d'un arbre et à ses rameaux. Vous voyez bien que M. Martins avait vu l'unité de la classification d'Alibert et saisi la manière dont il voulait la réaliser et la faire comprendre.

Cette méthode est si vraie qu'en classant ainsi les maladies d'après leurs principaux rapports, la similitude de leurs phénomènes et de leur marche, on est arrivé à pressentir leur pathogénie, d'où il a été possible de trouver les indications de leur traitement ; de même les botanistes par la méthode de Jussieu, en réunissant les plantes au moyen de leurs caractères extérieurs, ont rencontré une pareille similitude dans leurs propriétés. Alibert, en un mot, a imité l'arbre que Torti avait élevé pour les fièvres et a été assez heureux pour réaliser le vœu de Sydenham, de Baglivi, de Boërrhave, qu'avait essayé Sauvages. Savez-

vous le tort qu'avait l'arbre des dermatoses ? C'est d'avoir nécessité une planche énorme en cuivre gravée, très-coûteuse ! par conséquent d'être un moyen qui n'était pas à la portée de tout le monde, de tous les fabricants de classifications. Mais Alibert, qui avait sacrifié ses premiers cent mille francs à son premier ouvrage, ne regardait pas de si près sur le coût de ses deniers. Tout était grandiose chez lui : l'âme, l'intelligence, le cœur, la générosité et la bourse ! Cet arbre était trop vert pour ses contradicteurs !

« Cette méthode, dit Alibert, consiste à acquérir une connaissance complète de la valeur et de l'importance des symptômes, des phénomènes élémentaires, et des lois d'après lesquelles les maladies s'organisent. Rien, d'ailleurs, de plus fixe et de plus constant que les produits morbides qui vont être l'objet du classement philosophique que je vous propose. Ces produits ne changent pas plus que les fruits d'un arbre, ou les effets constants et nécessaires d'une végétation quelconque... » Et plus loin : « Les groupes doivent être comparés aux tribus des animaux. Les affections morbides ne peuvent y être dessinées qu'à grands traits ; mais les genres, plus circonscrits, sont particulièrement destinés au rassemblement des espèces, lesquelles se déterminent à leur tour d'après les caractères extérieurs les plus constants et les plus prononcés ; enfin, les variétés sont prises communément de quelque changement de couleur et de forme que le tempérament, l'idiosyncrasie, l'âge, le climat, la prédisposition des organes, ou autres circonstances accidentelles, font presque toujours subir aux dermatoses. » (Ouv. cité, *Discours*, p. 53, 54, 55.)

Vous ne voyez point d'unité dans ces principes qui doivent réunir ou éloigner les maladies ? Il n'y a pas de pires aveugles que ceux qui ne veulent pas voir ! Remarquez encore qu'Alibert, dans sa bonne foi et sa modestie de

savant, dans sa conscience de médecin, n'a pas osé dire qu'il réunissait ainsi les maladies par leur nature; mais sa méthode est si vraie que ce but, si essentiellement pratique, a été complètement réalisé, comme nous l'avoué M. Hardy, comme nous l'avons prouvé et le prouverons encore mieux dans nos travaux ultérieurs. Ecrivons-nous donc avec M. Devergie que la pensée de réunir les maladies par leurs plus nombreuses et plus nécessaires analogies avait inspiré Alibert, qu'il appelle *cet admirable nosographe* (*Traité des maladies de la peau*, p. 48, 1863.)

Mais quelle est donc l'unité de votre système pour oser si dédaigneusement accuser les autres d'en manquer? C'est de classer les maladies de la peau d'après leurs lésions anatomiques élémentaires; et ces lésions sont des taches, des pustules, des vésicules et des furfures que vous nommez squames.

Or, pour classer les maladies d'après ces lésions, il faudrait :

1° Qu'elles existassent; et vous savez très-bien que le plus souvent elles n'existent pas.

2° Il faudrait qu'elles existassent pendant tout le cours d'une maladie; et vous savez que lorsqu'elles se montrent, elles sont très-éphémères et qu'il ne vous est pas donné le plus souvent de les saisir au moment où elles apparaissent.

3° Vous mettez les squames ou les furfures au rang des lésions élémentaires, lorsqu'elles sont des exfoliations très-secondaires.

4° Vous savez que votre système est si forcé, que vous mettez au rang des pustules ce qui est croûtes, que vous n'admettez pas, que vous ne pouvez admettre dans des lésions élémentaires (exemple, celles du favus).

5° Vous savez aussi que les syphilides présentent successivement toutes ces lésions, partant vous seriez obligés de les disséminer dans toutes vos classes.

6° Vous savez que plusieurs de ces maladies se transforment, que telle qui commence par des pustules ou des vésicules se termine par des squames.

7° Enfin vous savez aujourd'hui qu'en classant ainsi les maladies, vous détruisez leurs rapports pathologiques et thérapeutiques, et qu'il n'en résulte qu'un amalgame informe, qu'un labyrinthe inextricable pour le médecin, dont le but est essentiellement le traitement. Avec ce système, vous parlez d'unité, mais elle ne se montre nulle part; tout est pulvérisé au gré de vos inconséquences et de votre audacieuse témérité.

« Qu'une affection soit papuleuse ou pustuleuse, dit M. Bazin, qu'importe? La forme varie, mais la nature est la même; or la forme n'est qu'une chose secondaire, et classer les affections par la forme, papuleuse, vésiculeuse ou pustuleuse, c'est subordonner le fait principal au fait secondaire. » (*Des affections cutanées*, préface, p. 11.)

Mais vous vous vantez d'avoir ainsi facilité le diagnostic, rendu par conséquent l'étude des maladies de la peau plus facile à des adeptes. Examinons ce dernier retranchement et prenons pour exemple les affections les plus communes, les plus ordinaires : la dartre squameuse humide et la mélitagre (votre eczéma et votre impetigo). Sur 20 cas, on peut dire 50, elles ne se présentent pas à vous avec leurs lésions élémentaires, leurs vésicules et leurs pustules. Il y a plus : nombre de ces affections n'en ont jamais présenté, n'en présentent jamais dans aucun temps et aucun moment. Vous voyez des crevasses de la peau, d'où suinte une rosée plus ou moins manifeste, à côté des écailles qui se détachent et se renouvellent sans cesse, ou bien de la matière semblable au miel, comme dit Hippocrate, se faisant jour à travers les crevasses, les pores ou les cystes de la peau.

Comment alors, ne retrouvant plus vos lésions élémén-

taires, les caractères qui signalent la maladie, comment diagnostiquez-vous? Je sais que vous les supposez! ce qui n'empêche pas que vous diagnostiquez, comme nous, sur l'ensemble des phénomènes. « On donne souvent trop d'importance, dit M. Bazin, à un seul caractère, oubliant que le diagnostic ne doit se baser que sur un ensemble de signes. » (*Syphilides*, p. 70). Sauvages dit aussi : « Pour qu'un signe nous conduise à la connaissance d'une maladie, il faut qu'il soit plus clair et plus évident que ce qu'on cherche; et pour que cette connaissance soit certaine, elle doit être fondée sur des signes certains et indubitables, d'où il suit que les définitions des maladies doivent être tirées de signes certains et évidents. (*Nosologie méthodique*, trad., t. I, p. 98.) Vous supposez donc un système pour agir avec nos principes.

« Il est des caractères, dit notre maître, distinctifs et particuliers, auxquels ne se méprend pas le nosographe expérimenté. Mais il en est de la médecine comme de toutes les sciences physiques : combien n'est-il pas de vérités qu'on ne saurait transmettre par des discours ou par des paroles, et qu'il faut, pour ainsi dire, conquérir par une longue pratique de l'art! » (Ouv. cité, t. II, p. 49.) Vous diagnostiquez avec votre longue pratique sans pouvoir vous servir des théories que vous professez.

Mais prenons des textes précisément dans vos antinomies, dans vos inqualifiables accusations! Vous dites : « Certes, on n'aura jamais une idée de la *dartre squameuse humide*, ni de la *dartre squameuse lichénoïde*, tant qu'on leur assignera les mêmes caractères; dans la *dartre squameuse humide* elle-même, prise isolément, on ne verra qu'une certaine période d'une inflammation, qui peut cependant revêtir des formes élémentaires diverses et constituer des maladies qu'il est tout à fait important de distinguer. » (Ouv. cité, p. 20.)

Arrêtons-nous un instant et tâchons de débrouiller l'obscurité probablement calculée de cette phrase. Que voulez-vous dire? Qu'il est impossible de se faire une idée des dartres squameuses humides et lichénoïdes tant qu'on les groupera dans un même ordre. Mais, précisément, nous soutenons qu'elles doivent figurer dans le même genre, et qui plus est que l'une se transforme assez souvent en l'autre. Est-ce à votre point de vue que vous parlez, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas les mêmes éléments anatomiques? Mais souvent, très-souvent, la squameuse humide n'a pas vos éléments, puisqu'elle ne présente point de vésicules, et alors vous ne devez pas la reconnaître.

Pour nous, au contraire, l'une a toujours des écailles et de l'humidité, l'autre a constamment des écailles sèches, et c'est bien suffisant pour caractériser leur variété. Que voulez-vous donc dire? Que la dartre squameuse humide n'est qu'une inflammation; mais vous plaisantez: vous ne voudriez pas soutenir longtemps un pareil paradoxe, qui mériterait un article spécial. Voulez-vous soutenir que la dartre squameuse humide peut revêtir des formes élémentaires qu'il est très-important de distinguer? Montrez-nous ces formes? Toujours elles présentent les nôtres, et fort rarement les vôtres! Voulez-vous spécifier toutes les nuances qu'elles prennent et en faire autant de maladies? mais alors chaque malade constituerait une nouvelle affection, parce qu'il est prouvé dans l'histoire de la médecine que, de même que toutes nos figures sont différentes, de même il n'y a point de maladies exactement semblables. C'est l'A B C de la médecine, puisque Baglivi a pu dire, depuis longtemps, qu'il n'y avait pas de pneumonies, mais seulement des pneumoniques. Vous prétendiez ainsi simplifier l'étude des maladies de la peau, mais vous rendriez impossible la connaissance des dermatoses!

Enfin, l'assertion que vous émettez qu'on ne peut se faire

une idée de ces deux maladies en les rassemblant est si étrange, que je pourrais citer des exemples que je réserve pour un autre travail ; mais cette fois je répondrai par les paroles et les faits que renferment les auteurs. M. Hardy s'exprime ainsi : « Dans la marche de l'eczéma (*herpes squamosus madidans*) nous noterons encore la tendance à s'étendre, ce qui, du reste, est un caractère des dartres... (p. 38.) L'eczéma fendillé vient donner un démenti à la classification anatomique des maladies de la peau. Dans cette forme, en effet, il n'y a ni vésicules, ni vésico-pustules, l'épiderme se sèche, se fendille, se creuse d'une multitude de petites fissures... (p. 46.) Nous devons noter, en outre, une augmentation des rides de la peau et des gerçures assez profondes, qui donnent à cette affection la plus grande ressemblance avec le lichen... (p. 56.) Parmi les éruptions cutanées qui coexistent le plus fréquemment avec l'eczéma, nous trouvons d'abord le *pityriasis* (*herpes furfuraceus volatilis*), qui survient d'ordinaire à la fin de la maladie. Il se présente sous la forme d'une desquamation très-légère. En raison de leur concomitance si fréquente, nous nous sommes demandé si ces deux affections n'étaient pas une seule et même maladie, à une époque différente de son évolution, et nous croyons cette opinion parfaitement soutenable. » (p. 62.) C'est la seule qu'on puisse soutenir, comme nous le prouverons plus tard.

« Le lichen coïncide aussi très-souvent avec l'eczéma ; l'association de ces deux éruptions est quelquefois tellement intime, qu'il est très-difficile, pour ne pas dire impossible, de les distinguer. » (*Ibid.*, *Leçons sur les maladies de la peau.*)

Tous ces phénomènes dermatologiques ne sont pas des complications, mais des transformations, comme va le prouver une remarquable observation d'Alibert, et comme le prouvait déjà Lorry par ces paroles : « *Nam morbi omnes etsi affines inter se et ex eadem oriundi prosopii plus gradu*

et nomine differunt quàm naturâ. » (De morbis cutaneis, art. IV, p. 295, in-4°.)

Alibert cite avec les plus grand détails l'histoire d'un malheureux qui souffrait cruellement d'une *dartre squameuse humide*, qui finit par se transformer en *lichénoïde*. « Une matière ichoreuse et roussâtre s'échappait continuellement de son corps, couvert d'écailles; on essuyait et on absorbait l'humidité avec des linges qui s'y collaient et y adhéraient sans cesse... Le visage se chargeait d'écailles, il devenait rouge comme une écrevisse bouillie. « Souvent, disait-il, la douleur me réveille en sursaut; elle est si aiguë qu'il me semble avoir sur la jambe ou ailleurs une étrille de fer rougie au feu qui me déchire et me brûle tout à la fois. » Alors, il avait beau vouloir se contenir, ses ongles recommençaient malgré lui leur office...

« Après six ans d'un pareil supplice, la maladie changea de forme; la peau cessa d'être rouge et aussi enflammée que de coutume; elle devint dure, coriace et presque insensible; les épaules, le dos, le tronc, l'abdomen, se couvrirent de ces lichens que les anciens considéraient comme une sorte de lèpre. Le malade se plongeait à chaque instant dans des bains oléagineux, pour se dégager de ces plaques écailleuses qui avaient la résistance de l'ivoire, et qui, lorsqu'elles se séparaient du derme, ne tardaient pas à se reproduire. Quand il ôtait ses vêtements pour se montrer à mes élèves, on eût pris son corps pour le tronc d'un vieux arbre tapissé de mousses parasites.

« Voilà, poursuit Alibert, un exemple frappant d'une maladie qui a passé de l'état eczémateux, qui la rendait humide et fluente, à l'état lichénoïde, qui la rendait sèche et invétérée. Il est donc évident que tous ces phénomènes qui signalent les phases de cette éruption formidable dérivent de la même cause et constituent la même affection. » (Ouv. cité, t. II, p. 49 et 50.)

J'observe en ce moment un vieillard, un confrère, qui eut, il y a deux ans, une dartre squameuse humide aux deux jambes, tellement vive, que le derme était entièrement dépouillé, et les sécrétions ichoreuses si abondantes, que le renouvellement de l'épiderme n'avait pas le temps de se former en écailles. Ses jambes semblaient être le siège d'un vaste vésicatoire en suppuration. Malgré cette violente acuité, il finit par guérir, et sa peau ne conserva aucune trace de l'affection jusqu'à ce moment, où la maladie a repris sur les mêmes régions, mais avec un tout autre caractère. La peau est un peu rouge, sans aucune excrétion ; sèche, rugueuse par le fendillement de l'épiderme, qui se renouvelle par écailles. Ce n'est pas encore une lichénoïde, mais c'est une squameuse sèche, c'est-à-dire à un certain degré de transition qui peut parvenir à la lichénoïde, ce qui confirme toujours que ces maladies, de nature identique, ont entre elles et sur les mêmes sujets des nuances infinies, sans pour cela être des maladies différentes. Et MM. Caze-pave et Schedel prétendent qu'on ne peut se faire une idée de la dartre squameuse humide et de la lichénoïde, lorsqu'elles se transforment par des variétés infinies et des degrés insensibles ! Est-ce l'unité de leur système qui leur montre les faits de cette manière ?

Alibert aurait-il péché encore à l'égard d'une unité quelconque, lorsqu'il a inspiré les phrases suivantes à ces messieurs : « D'une autre part nous trouvons dans cette classification des éruptions entièrement identiques rangées dans des espèces différentes ; ainsi la *dartre furfuracée arrondie* est tellement analogue, sous tous les rapports, à la dartre squameuse lichénoïde qu'elle reconnaît les mêmes éléments, suit la même marche, réclame les mêmes moyens de traitement, enfin ne diffère absolument que par la forme de ses plaques, et peut tout au plus, dans ces cas, constituer une variété. » (Ouv. cit., p. 20).

Décidément, vous nous faites une querelle d'Allemand ! Décidément vous avez enfourché l'absurde ! Quoi ! nous avons séparé la *dartre furfuracée arrondie de la lichénoïde* ! mais elles sont dans le même groupe, constituent le même genre : *herpes*, le genre ; *squamosus* ou *furfuraceus*, l'espèce ; *circinatus* ou *lichenoides*, la variété.

A qui en avez-vous donc ? qui voulez-vous tromper ici ? Ce n'est pas que nous réunissions ces maladies, comme vous, par leurs efflorescences, que vous nommez si improprement lésions élémentaires ; nous les réunissons, au contraire, par leurs racines pathogéniques que nous découvrons :

1° Dans leur action de s'étendre, de ramper ;

2° Dans leurs desquamations épidermiques plus ou moins prononcées suivant leur genre, leur période, leur ancienneté ;

3° Dans leur ténacité ;

4° Dans leur résistance analogue au traitement ;

5° Dans leur repullulation fréquente, pour ne pas dire constante ;

6° Souvent dans leur mode orbiculaire identique, centrifuge ; n'y a-t-il pas des *herpes squamosus centrifugax* ?

7° Dans le même genre de prurit fatigant et persistant ;

8° Dans leur même sécheresse ;

9° Dans leur triste faculté héréditaire ;

10° Je ne dirai pas dans leur arthritidité ! je crée ce mot, que M. Hardy pourra trouver un peu barbare, mais nous verrons cela une autre fois.

Sommes-nous justiciables de ce que les willanistes confondent les écailles avec les furfures ? Sommes-nous res-

ponsables de leurs erreurs, de leurs témérités? Quoi! vous confondez les écailles et les furfures, parce que vous les appelez squames, lorsque, depuis Aétius d'Amide, Paul d'Egine, jusqu'à Lorry et Sauvages, tout le monde les a distinguées. Sommes-nous responsables de ce que vous voulez à tout prix, contre toute raison, confondre les *squamæ piscium* avec les *furfuracæ corpusculæ*, que tous les auteurs s'efforcent de différencier? Rondelet, qui était aussi naturaliste, et qui, pour le dire en passant, vint pratiquer non loin de nous, à Pertuis, vers 1540, où, pour ne pas mourir de faim, il fut obligé de donner des leçons de grammaire à des enfants; qui quitta le pays, fut le médecin du cardinal François de Tournon, retourna à Montpellier, où il devint professeur roy 1, et mourut grand chancelier de l'Université; Rondelet, qui consacre un chapitre à la distinction des écailles et des furfures, dit expressément : *Præterea major est squama quam furfur capitis quia cuticula est illic magis continua.* (Gulielmi Rondeletti *Meth. curand. morb.*, cap. II, p. 15, 1601.)

Plenck, qui écrivit peu après Lorry, que malheureusement Willan n'a pas assez copié, n'appelait pas la dartre furfuracée arrondie lèpre, mais il s'exprime nettement à ce sujet : *Lepra est morbus in quo cutis præsertim faciei rugosa et aspera evadit, atque tuberculis magnis rubro-lividis et rimosis deformatur, cum extremorum artuum insensibilitate et voce raucâ nasali.* Pareillement, Plenck connaît la valeur des furfures, et, à l'exemple d'Archigène, de Tagault, de Lorry, il dépeint très-bien la dartre furfuracée arrondie sous le nom d'impetigo, que vous avez encore transposé, et il en parle en ces termes : *Est macula solitaria, rubra, aspera, sicca, admodum pruriens qui in tenuissimum furfurem solvitur.* (*Doctrina de morb. cut.*, p. 27; édit. Sec., Vienne, 1783.)

Sommes-nous responsables de ce que vous avez voulu

confondre les écailles et les furfures pour les besoins de votre malencontreuse classification ? N'y a-t-il pas des caractères assez prononcés entre les furfures et les squames ou écailles : les furfures qui en grattant légèrement le tégument s'en vont en poussière, *furfuracæ corpusculæ*, tandis que les squames sont bien plus grandes, *cuticula magis continua* ? Les écailles de la dartre lichénoïde sont, de plus, attachées fortement à la peau d'un côté, tandis qu'elles se recoquillent de l'autre, ce qui, par leur multiplicité et la diversité de leur implantation, représente l'aspect et la rudesse des lichens ; écailles qui, d'ailleurs, ont la résistance de l'ivoire, dit Alibert : je dirai moins élégamment de la corne, dont elles ont quelquefois la transparence, tandis que les furfures ont la matité blanche du son.

Vous sied-il bien à vous de dire que nous avons séparé des maladies analogues par le traitement qu'elles réclament lorsque effrontément vous associez : la scarlatine, l'urticaire, avec la peliose hémorrhagique ; la gale avec la variole ; la variole avec le favus ; la vitiligue avec la dartre rongeannte ; le frambœsia avec le varus ? Il est vrai que depuis la classification d'Alibert vous vous êtes ravisé et que vous avez un peu modifié cette classification de Willan, si commode à tripoter, tellement elle est factice, artificielle, insignifiante.

J'en atteste les innombrables modifications auxquelles elle se prête, depuis Rayet jusqu'à celles de MM. Baumès, Isensée, Wilson, Devergie, Hebra, etc. Elles ont toutes le même vice radical. Sous prétexte d'un point de départ anatomique, qui n'existe pas ou d'une manière éphémère, chacun éparpille les maladies à son gré. Dès lors, on ne trouve aucun fil conducteur pour arriver au traitement. On voit des cadres qui renferment certaines maladies, se touchant très-mal par un rapport anatomique, souvent imaginaire, et s'éloignant par dix autres : la nature, la marche,

le pronostic et la thérapeutique. Encore ce rapport est tellement forcé, tellement variable, fugace, qu'il n'est maintes fois possible de le saisir que par la bonne volonté de l'innagination : témoin l'aveu de M. Martins, lorsque, pour parvenir au diagnostic, il dit : « C'est en ayant recours à l'une des notions les plus simples de l'esprit humain, la notion de cause à effet. Je vois sur un membre des squames larges, humides à leur face interne, reposant sur une peau rouge, à épiderme très-fin, recouvert d'un suintement roriforme ; j'affirme que la maladie est un eczéma, car on voit *constamment* (c'est le contraire) de semblables squames succéder aux vésicules qui existaient d'abord. » (Thèse cit., p. 23.)

J'ai donc eu raison de dire que, lorsque les lésions prétendues élémentaires n'existaient pas, vous les supposiez et, qu'en définitive, vous diagnostiquiez avec notre méthode, en professant hardiment que votre système facilite le diagnostic. Et vous appelez cela être grave ?

Ceci peut s'adresser à toutes les classifications, quelles qu'elles soient, qui prennent pour base l'anatomie pathologique. L'histologie de la peau, son anatomie pathologique, malgré les recherches de divers auteurs sont si incomplètes, il y a tant de rapports intimes entre les tissus et les organes constituant la peau, qu'il ne sera probablement jamais possible de distinguer la part plus ou moins grande que chacun en particulier prend à l'affection, si ce n'est quelques exceptions que nous n'avons pas été les derniers à signaler. Mais nous n'avons jamais vu dans ces altérations anatomiques les moyens ou les motifs d'y trouver les principes d'une classification. Au reste, ce qu'il y a de curieux, c'est de voir Gibert adopter la classification anatomique des maladies de la peau de Willan, et dans une thèse de concours pour la chaire de clinique, thèse fort savante, comme tout ce qui est sorti de sa plume, nous voyons Gibert déclarer : « que de ce seul fait bien établi par les aveux de ceux qui

se sont le plus occupés d'études anatomiques, et qui ont attaché le plus d'importance à ces études, qu'il y a des maladies dans lesquelles l'anatomie pathologique ne peut donner aucune donnée positive, on est en droit de conclure que cette branche de la pathologie ne peut servir de base unique à aucune classification. » Précisément, Gibert parlait ainsi pour répondre à cette question qui lui était échuë : Jusqu'à quel point l'anatomie pathologique peut-elle servir de base à une classification des maladies ? (Thèse, p. 42, 1833.)

Nous n'aurons donc pas à examiner l'une après l'autre toutes ces classifications. Elles pèchent toutes par leur côté originel ; par conséquent, le débat reste toujours entre Willan et notre maître. Et sans rappeler que Bateman et Samuel Plumbe avaient déjà modifié cette classification, nous revenons à l'accusation étrange que nous font MM. Cazenave et Schedel, de séparer la *dartre furfuracée arrondie* et la *squameuse lichénoïde*, si analogues par leur traitement. Nous avons montré combien portait à faux cette accusation sous le point de vue nosologique ; nous ajouterons maintenant que nous avons toujours professé que ces maladies réclamaient un traitement intérieur identique, parce que nous leur reconnaissons une pathogénie analogue, commune d'ailleurs à toutes celles que renferme le genre herpès, mais nous avons été forcés de varier quelquefois notre traitement extérieur. Pendant que les pommades au goudron modifient très-bien les dartres squameuses lichénoïdes ordinaires, les lichénoïdes centrifuges exigent souvent des cautérisations de nitrate d'argent (cette pierre céleste, au lieu d'infernale, disait Alibert), au sulfate de cuivre, avec l'acide phénique pur ou mitigé avec la glycérine, tandis que la *dartre furfuracée arrondie* résiste quelquefois aux pommades au goudron, au goudron glycériné, et se trouve mieux des pommades au calomelas, aux

iodures de mercure. On peut se rappeler encore à l'hôpital Saint-Louis un nommé Chapsal, scribe public, qui avait subi plusieurs fois un traitement arsenical dans les salles de Bielt. La dartre furfuracée arrondie qu'il portait ne céda qu'à des frictions de pommades au protoiodure de mercure longtemps continuées et a été *la plus belle* espèce que j'ai jamais vue par la saillie et l'étendue de ses cercles.

Je m'exprime ainsi pour étendre autant que possible la biographie d'Alibert, que mon condisciple, M. Beaugrand, a un peu trop raccourcie. Il portait l'enthousiasme, le pittoresque, si vous voulez, au sujet des maladies de la peau jusqu'à qualifier des adjectifs les plus redondants les cas remarquables des dermatoses. Que de fois ne l'avons-nous pas vu traîner dans son carrosse, à côté de lui, quelques pauvresses qu'il avait rencontrées sur son chemin, pour nous les amener et montrer à ses élèves les affections qu'elles portaient ! Il ne s'astreignait pas à l'exergue de son blason : *pro rege vigilant* ; ses trois coqs veillaient aussi pour les malheureux, pour ses élèves et pour les dermatoses. Un jour que je travaillais chez lui, dans le fond de sa bibliothèque, je le vois arriver traînant une dame qui venait le consulter, et lui relever les robes, sans autre préambule, pour me montrer une péliose qui affectait ses membres inférieurs. Ceci rappelle un fait de Desault, qui jeta assez brusquement sur un lit, devant tous ses élèves, une femme qui venait le consulter pour une maladie de matrice. Celle-ci, intimidée par tout ce monde, se mit à pleurer. Desault comprit qu'il était allé trop vite, et dit aussitôt à cette femme : « Avez-vous des filles ? — Oui, monsieur ! — Eh bien, la maladie que vous avez est héréditaire, je ne pourrai pas les soigner parce que je suis vieux, ce sera quelqu'un de ces messieurs ; il faut donc qu'ils apprennent à connaître votre maladie. » Cette

femme se résigna aussitôt, mais la dame que m'amena Alibert comprit tout de suite l'intention de mon maître et ne trouva rien d'inconvenant au procédé.

Ceci dit de cet excellent maître, revenons à notre Chapsal. Sa dartre, qui avait repullulé plusieurs fois, était très-ancienne et rebelle ; les cercles qui la constituaient étaient très-grands, les uns étaient centrifuges, les autres étaient pleins, *guttata*, comme les appelaient Willan et Bielt. Partant cet homme avait à la fois la *lepra vulgaris* et le *psoriasis guttata*, distinction si ridicule ou si absurde de la forme d'une seule maladie, qui a fait dire à un élève de Bielt, notre condisciple M. Martins, déjà si souvent cité : « Le genre lepra, que Willan avait établi pour désigner les cercles qui se joignent en s'agrandissant, ne saurait subsister, car la *lepra vulgaris* n'est qu'une terminaison du *psoriasis guttata*. Je pourrais appuyer cette opinion d'un grand nombre de faits recueillis dans le service de M. Bielt et de l'autorité de M. le baron Alibert, du professeur Wolf, de Berlin, et du docteur Schœnlin. » (Ouv. cit., p. 39.) « L'une de ces formes, dit M. Baumès, passe facilement à l'autre, et il n'y a aucune espèce de différence dans l'aspect général, dans la marche, l'étiologie, le pronostic, la facilité ou la difficulté de guérison, la nature du traitement interne ou externe. C'est donc bien mal à propos qu'on a voulu établir une distinction avec les dénominations si différentes de lèpre vulgaire et de psoriasis. » (Ouv. cit., t. I, p. 55.) Or les plaques de la dartre furfuracée arrondie de Chapsal, pleines ou centrifuges, étaient très-proéminentes, hyperplasiées, et les pommades au protoiodure furent seules capables de les résoudre.

Nous venons de voir comment les willanistes font d'une seule et même affection deux maladies ! Qui sait comment ils auraient nommé la dartre que nous allons présenter,

pour montrer que le traitement varie comme la forme, suivant les sujets ? Ici, il n'y avait ni cerceles ni gouttes, et cependant c'était une dartre furfuracée, arrondie. Un monsieur d'une soixantaine d'années, dans nos pays, portait depuis trente ans une dartre furfuracée arrondie, tellement invétérée que tous les anneaux, les cercles, s'étaient joints et ne formaient plus qu'une carapace depuis le cou jusqu'aux malléoles. Chose merveilleuse, la figure, les mains et les pieds n'en portaient aucune trace. Un dermatologiste peu exercé l'aurait peut-être prise pour une lichénoïde, tellement, lors de son intégrité, les furfures étaient accumulées sur une certaine épaisseur. Ce qui la distinguait, c'était non-seulement les furfures farineuses qui se détachaient au grattage, mais encore ce fait que la dartre au cou, aux mains, aux pieds, cessait tout à coup, sur le tégument sain, par modes arrondis. Les bains alcalins, les pommades au calomelas, au précipité blanc, en amenèrent la résolution, et, chose bien remarquable, cette dartre ne reparut que plusieurs années après et très-incomplètement, par des plaques étendues superficiellement, sans formes déterminées, qui n'auraient pu être caractérisées que par cette variété : *herpes furfuraceus volatilis*.

Voilà encore une preuve de la transformation de ces maladies, qui tirent leur origine d'une même cause, plus ou moins active, suivant l'individu, suivant les circonstances au milieu desquelles il se trouve, suivant les traitements qu'il a subis, etc.; aussi terminerons-nous en disant encore avec notre maître : « La méthode des rapports, celle que nous suivons, a cet avantage particulier sur les autres, qu'elle peut étendre tous les points de vue, qu'elle montre les phénomènes de plus haut, qu'elle sépare ce qui doit être séparé, qu'elle rapproche ce qui doit être rapproché. » (*Ibid*, t. I, p. 423.)

Ajoutons, pour servir d'antithèse, ce que disait déjà

un Anglais, avant l'engouement des Français pour la classification de Willan : « On ne peut tirer de cette classification un seul principe utile et immédiatement applicable à la pratique médicale. Cela exige de la part de l'élève, même le plus zélé, beaucoup d'efforts et de travail pour en extraire le grain de la paille. » (Samuel Plumbe, *To select the grain from the chaff*, citation de M. Baumès, avant-propos, p. 9.)

III.

MÉMOIRE SUR LES AFFECTIONS SYPHILITQUES PRÉCOCES DES CENTRES NERVEUX, par Charles MAURIAC, médecin à l'hôpital du Midi.

(Suite.)

OBSERVATION V.

Syphilose circonscrite du cerveau.

Chancre infectant suivi au bout de deux mois et demi de roséole et de plaques muqueuses.

Au 12^e mois de la syphilis, insomnie et céphalée prodromique de l'encéphalopathie, etc. ; traitement par l'iodure de potassium. — Après deux mois de prodrome, attaque apoplectiforme d'hémiplégie de tout le côté gauche. Troubles intellectuels. Agitation, céphalalgie. — Insomnie, paralysie de la sensibilité. — Plaques muqueuses buccales.

Amélioration vers le 16^e jour de l'encéphalopathie. Persistance de l'insomnie et des troubles intellectuels. Boulimie.

Au 76^e jour de l'affection encéphalique, guérison incomplète. Plus de troubles intellectuels, insomnie. — Affaiblissement de tout le côté gauche. — Douleurs et crampes dans les bras et dans les jambes (17^e mois de la syphilis).

I.

M. L... (Albert), âgé de 24 ans, employé, entré le 23 octobre 1872 dans mon service à l'hôpital du Midi, chambre payante n° 6, d'une bonne santé habituelle et d'une assez

forte constitution. En février et mars 1870, il a été atteint d'une variole excessivement grave. On ne trouva dans son passé aucune trace de maladie constitutionnelle héréditaire ou acquise.

Au mois d'août 1871, le malade, qui n'avait eu jusqu'alors aucune maladie vénérienne, contracta un chancre infectieux. — On lui prescrivit des pilules de protoiodure d'hydrargyre; il en prit une quotidiennement pendant 150 jours. Il fit aussi usage pendant plusieurs mois d'iodure de potassium. En somme, il suivit un traitement spécifique et régulier qui fut habilement dirigé par M. le D^r Châtillon. L'induration, paraît-il, était énorme; elle fut très-longue à disparaître. Quant aux accidents consécutifs, ils se manifestèrent dans le mois d'octobre, c'est-à-dire environ deux mois et demi après l'apparition du chancre, et consistèrent en roséole papuleuse, plaques muqueuses de la gorge, de la langue, des lèvres et des bourses. Ils furent peu graves, mais très-tenaces, quoique le traitement spécifique eût été commencé et poussé avec vigueur longtemps avant leur invasion. Les plaques muqueuses récidivèrent et ne disparurent qu'à la suite de cautérisations répétées. Cependant en janvier et février 1872 le malade se trouva assez bien pour cesser tout traitement.

Vers le milieu du mois d'août, un an juste après le début du chancre, M. L... fut pris, sans cause occasionnelle appréciable, d'un violent mal de tête occupant le front et les tempes, continu, mais avec des exacerbations atroces que le malade compare à des coups de tampon dans la tête. Il reprit alors de l'iodure de potassium à la dose de deux grammes par jour, ce qui lui procura quelque soulagement, un peu de sommeil surtout, dont le privait l'attaque de céphalée nocturne. Les maux de tête ne tardèrent pas à revenir aussi violents que les premiers jours. Ils étaient surtout atroces pendant la nuit et dans les endroits

clos, et ils atteignaient parfois un tel degré d'intensité que le malade présentait quelque trouble dans les facultés intellectuelles. Ces phénomènes s'accusèrent principalement au commencement d'octobre et ils inspirèrent de sérieuses inquiétudes à son frère, de qui je tiens ces détails.

Ces inquiétudes n'étaient que trop justifiées : car, dans la nuit du 23 au 24 octobre, le malade éprouva des douleurs de tête encore plus atroces que d'habitude, et, le matin en se levant, il fut pris de vertiges, d'éblouissements, et tomba, puis se releva à plusieurs reprises, mais sans perte de connaissance et sans convulsions. Bientôt il s'aperçut que le côté gauche de tout le corps était plus faible que le droit. La paralysie du bras gauche surtout était presque complète. Les facultés mentales étaient aussi atteintes : il n'avait pas bien ses idées, et il se serait présenté à peu près nu dans son magasin, si son frère ne l'avait arrêté à temps.

Au moment de son entrée, c'est-à-dire le lendemain de l'attaque, le malade présentait l'état suivant : Tout le côté gauche du corps est paralysé. La paralysie est plus prononcée au membre supérieur qu'au membre inférieur ; cependant elle n'est pas encore complète et l'avant-bras et les doigts peuvent exécuter quelques faibles mouvements. La station debout et la marche, quoique très-difficiles, sont encore possibles.

L'hémiplégie faciale est extrêmement prononcée : la joue gauche est flasque ; la bouche extrêmement déviée à droite, surtout pendant que les muscles de la face sont en jeu. Impossibilité de siffler. Pas de paralysie de la paupière supérieure, pupilles mobiles et normales.

La sensibilité est obtuse dans tout le côté gauche : les perceptions du contact, de la douleur, de la température paraissent également affaiblies, plus lentes et moins nettes qu'à l'état normal.

Le malade est en proie à une agitation très-grande. (On lui a mis la veille des sangsues à la tempe droite.) Il se remue incessamment dans son lit, jette ses couvertures de côté et d'autre, et prend les attitudes les plus singulières. Il se plaint toujours d'une céphalalgie fronto-temporale continue avec exacerbations qui le prive de tout sommeil ; il a en outre des vertiges, des étourdissements, etc., mais aucun phénomène de contracture, ni aucun accident épileptiforme.

Parole embarrassée, lente, difficile à comprendre parfois ; impossibilité de trouver ou d'articuler un grand nombre de mots. Hébétude de l'intelligence, diminution de la mémoire.

Langue blanche ; digestions faciles, pas de vomissements, selles régulières ; rien du côté du poumon ni du cœur, pas de fièvre.

Il existe sur le corps quelques petites macules laissées par la roséole papuleuse. Ganglions cervicaux spécifiquement indurés, quelques plaques muqueuses dans la bouche.

Je prescris 0,10 cent. de calomel à prendre en dix fois, et 2 grammes de chloral.

28 octobre, 4^e jour de l'hémiplégie. — Les maux de tête continuent et l'insomnie n'a pas été vaincue par le chloral. Un peu moins d'agitation. Les phénomènes paralytiques sont plus prononcés qu'il y a trois jours : ainsi l'avant-bras et les doigts, qui pouvaient exécuter quelques mouvements, sont réduits à une immobilité presque complète. — Déviation de la bouche à droite plus considérable.

Les facultés intellectuelles suivent la même marche que les autres troubles nerveux. Il arrive souvent que le malade débite des propos incohérents et stupides. C'est une sorte de divagation tranquille qui ne s'élève pas jusqu'au délire et qui ne survient que par accès. (Sirop de biiodure ioduré, 2 cuillerées à bouche.)

Ce médicament ne fut pas toléré et au bout de deux jours je prescrivis séparément l'iodure de potassium et l'hydrargyre, le premier à la dose de 5 grammes, le second à la dose de 0,06 cent. Puis je fis établir un séton à la nuque.

Les jours suivants il y eut un état stationnaire qui se prolongea sans grands changements jusqu'au 2 ou 4 novembre.

A partir de cette époque (12^e jour de l'hémiplégie), il survint une amélioration graduelle, très-lente, presque insensible du jour au lendemain, mais fort appréciable lorsqu'on se reportait à quelques jours en arrière.

Ainsi le 8 novembre, 16^e jour de l'hémiplégie, je constatai l'état suivant : Le malade s'exprime avec facilité et trouve tous les mots dont il a besoin ; il n'y a donc plus aucun symptôme d'aphasie : son intelligence est plus alerte et plus lucide, sa mémoire moins hésitante. Il a repris sa gaieté, cause, rit et sort manifestement de cette torpeur qui a pesé sur toutes ses facultés psychiques pendant les premiers jours qui ont suivi l'attaque. — Rien du côté des organes des sens. — Encore un peu d'enfantillage et d'incohérence dans les propos. Hallucinations faibles ou rêves dans le demi-sommeil.

La bouche est toujours considérablement déviée à droite. Une autre déviation dont je n'ai pas encore parlé et qui existe cependant depuis le début, c'est celle de la langue ; quand le malade tire cet organe hors de la bouche, on voit que sa pointe se dirige en dehors et à gauche et qu'elle dépasse la ligne médiane de la face et non pas seulement celle des lèvres, qui est asymétrique. La luette se contracte bien et dans la direction normale.

L'amélioration la plus notable s'est produite du côté des mouvements. Ceux de totalité du membre supérieur sont possibles. — Les doigts se meuvent et se contractent assez

pour serrer d'une façon sensible.—La station debout et la marche ne sont pas encore aussi solides et aussi dégagées qu'à l'état normal; néanmoins, le malade, tout en boitant et chancelant un peu, va et vient dans sa chambre, quand on le soumet à cet exercice.

La sensibilité paraît également moins obtuse.—Céphalée toujours très-violente et diffuse. Vertiges et étourdissements.

Rien du côté des autres organes splanchniques. L'appétit devient très-grand. Digestions excellentes; selles régulières. Pouls et respiration calmes. (0,06 c. de protoiodure, 6 gr. d'iodure de potassium.—Le séton suppure beaucoup.) Le traitement est bien toléré.

13 novembre (21^e jour de l'encéphalopathie). — Le malade a un appétit extraordinaire, une véritable boulimie, et digère parfaitement. Son état est à peu près stationnaire.

Les facultés intellectuelles s'améliorent relativement moins vite que la mobilité et la sensibilité. Il tient toujours des propos incohérents, bizarres, ridicules et éprouve des demi-hallucinations (n'a pas d'habitudes alcooliques) et même quelquefois des hallucinations véritables, mais fugaces et très-faciles à dissiper.

18 novembre (26^e jour de l'encéphalopathie). — Un mieux très-sensible s'est produit dans l'état moral et physique du malade. Il ne radote plus et parle toujours sérieusement et d'une façon raisonnable. La force musculaire vient dans les parties paralysées. L'appétit a diminué. Toujours même traitement.

20 novembre (28^e jour de l'encéphalopathie). — Le mieux qui s'est déclaré très-brusquement il y a deux jours continue et augmente. Le malade se promène dans sa chambre et monte seul l'escalier. Il lève le bras gauche sans le secours du droit et le porte au niveau de la tête. La bouche est beaucoup moins déviée; la physionomie devient plus

naturelle. L'état général est satisfaisant. L'insomnie persiste, mais sans douleur de tête.

1^{er} décembre (28^e jour de l'encéphalopathie). — Il est survenu quelques douleurs vagues dans la jambe gauche au niveau des articulations et une difficulté plus grande pour marcher. Tout le membre inférieur paraît plus faible que les jours précédents; la claudication est plus prononcée. — L'amélioration n'a pas fait de grands progrès depuis huit ou dix jours. Le malade prend la même dose d'iodure et d'hydrargyre; il est toujours privé de sommeil, quoiqu'il ne souffre plus de la tête. La paralysie du bras gauche et de la face est stationnaire. L'état mental n'a pas changé et reste toujours satisfaisant. Santé générale bonne.

Au moment de sa sortie, qui eut lieu le 8 janvier 1883 (76^e jour de l'encéphalopathie), M. L... se trouvait dans l'état suivant: Insomnie presque complète. Les phénomènes de l'hémiplégie persistent à peu près au même degré que dans le mois précédent. Crampes dans la jambe gauche, principalement pendant la nuit. Claudication, bouche déviée, un peu d'embarras de la parole, appétit féroce. Pas de céphalée. Aucun accident syphilitique. Rien du côté des organes des sens. Je lui conseillai d'aller à la campagne achever sa convalescence; il m'écrivit un mois après qu'il dormait toujours très-peu, qu'il éprouvait des douleurs très-pénibles dans le bras gauche, que la faiblesse de la jambe n'avait point disparu et que l'estomac était toujours excellent. Je n'ai pas eu de ses nouvelles depuis cette époque.

II.

Si le tableau symptomatique n'est ici ni aussi riche ni aussi varié que dans l'observation précédente, il a une

valeur tout aussi grande au point de vue du diagnostic. Les phénomènes de l'encéphalopathie, pour avoir été relativement tardifs, puisqu'ils n'ont pas fait partie de la première poussée syphilitique, n'en sont pas moins significatifs. Le malade portait du reste sur la peau et présentait sur la muqueuse buccale des traces d'anciennes lésions et des accidents nouvellement survenus. Le traitement hydrargyrique et ioduré, institué dès le début, longtemps suivi et pressé avec vigueur, n'avait rien empêché. Les manifestations n'en sont pas moins survenues à leur heure et comme par une fatalité inéluctable.

A quoi a servi l'iodure de potassium administré pendant cette longue période prodromique, qui annonçait déjà par la persistance et la gravité de ses symptômes qu'une lésion grave était en train de s'élaborer au sein de la masse encéphalique? Sans doute la céphalalgie en a été momentanément diminuée; mais au bout de quelques jours elle est revenue plus violente que jamais jusqu'au moment de l'attaque. Peut-être, il est vrai, les résultats thérapeutiques eussent-ils été plus sensibles si, au lieu de donner deux grammes d'iodure, on eût d'emblée porté la dose à 4,5 et 6 grammes, comme on doit toujours le faire en pareil cas. Je crois aussi qu'il eût été opportun d'associer l'hydrargyre à l'iodure de potassium, pour enrayer plus sûrement, si cela était possible, l'action syphilitique établie sur le cerveau.

Toujours est-il qu'après deux mois de phénomènes prémonitoires le malade fut frappé d'une véritable attaque d'apoplexie. Il tomba subitement paralysé de tout le côté gauche. Cette attaque ressemblait plus à celle du ramollissement qu'à celle de l'hémorragie cérébrale. Les troubles intellectuels en effet ont été très-prononcés et il n'y a pas eu perte de connaissance. D'ailleurs le processus symptomatique a présenté, pendant toute la durée de l'affection, la

plus grande analogie avec celui du ramollissement cérébral. L'hémiplégie ne s'est amendée que très-lentement et, vers la fin, les deux membres supérieur et inférieur sont devenus le siège de douleurs irradiantes et de crampes. Les troubles psychiques caractérisés par la stupidité, l'incohérence des idées, l'enfantillage des propos et des actes n'accusent-ils pas un ramollissement plutôt qu'une hémorrhagie cérébrale franche, etc., etc. ?

Ce malade a donc été frappé, au 14^e mois de la syphilis, d'une attaque de ramollissement cérébral. Où siégeait la lésion ? dans l'hémisphère droit. Elle y est restée concentrée, du moins pendant tout le temps que le malade a été soigné par moi ; et j'ai été étonné de ne pas observer quelques troubles trahissant l'existence d'un ou de plusieurs autres foyers morbides, comme cela est habituel dans la plupart des syphilides cérébro-spinales.

Si la diffusion a fait défaut, le travail morbide semble avoir acquis en se limitant une force désorganisatrice considérable. La pulpe cérébrale, je n'en doute pas, a été profondément atteinte, et je ne serais pas étonné qu'il fût impossible d'arriver à une guérison complète. L'amélioration n'a jamais été bien franche ; elle paraît avoir été amenée par le cours naturel des choses, plutôt qu'obtenue par le traitement spécifique. Parmi les caractères particulièrement syphilitiques de cette encéphalopathie, je signalerai : l'insomnie que rien n'a pu vaincre, les céphalées nocturnes, et la boulimie. Ce phénomène morbide, survenu presque tout à coup vers le 21^e jour de l'affection, dépendait sans doute en partie du besoin de réparation qu'avait l'organisme ; mais il était cependant si excessif qu'on pouvait y voir une perversion névropathique de l'appétit naturel ou de celui de la convalescence. Je ferai remarquer en terminant que l'embarras de la parole a été très-peu prononcé ; cependant le système musculaire de la langue a été touché

par la paralysie, puisque cet organe était fortement dévié à gauche.

Si l'aphasie a été nulle, insignifiante et fugace dans le cas précédent, on la verra dans l'observation suivante portée au plus haut degré, pendant tout le processus de l'encéphalopathie.

OBSERVATION VI.

Syphilose cérébrale circonscrite. — Aphasie et hémiplegie droite.

Chancre infectant suivi d'accidents cutanés et muqueux de moyenne intensité, traités pendant 6 mois.

Au 10^e mois de la syphilis, attaque brusque d'aphasie et d'hémiplegie droite. — Du premier coup l'aphasie est complète. — L'hémiplegie au contraire est graduelle et n'augmente que peu à peu. — Trouble peu prononcé des facultés intellectuelles.

Vers le 9^e jour de l'encéphalopathie, diminution des accidents paralytiques. — Ils ne disparaissent pas et le malade reste infirme.

L'aphasie ne subit que des modifications insignifiantes, et est presque complète.

Au 9^e mois de l'encéphalopathie, au 19^e de la syphilis, le malade, sans avoir subi de nouvelles attaques, est encore complètement aphasique et à moitié paralytique du côté droit.

I.

M. F.... (Charles), âgé de 35 ans, journalier, contracta au mois de juin 1872 un chancre infectant situé sur les

bourses, dont il fut guéri au bout de trois semaines. Je lui fis suivre à ma consultation de l'hôpital du Midi, puis dans mon service, un traitement spécifique qui fut pris sans interruption pendant six mois. Les premiers accidents consécutifs furent insignifiants et passèrent inaperçus. — Malgré la médication hydrargyrique, le malade eut en janvier 1873 (7^e mois de la maladie) des plaques muqueuses de la bouche et de la gorge, et en février une éruption de petites papules, réunies en groupes arrondis ou ovalaires dissimulés sur toutes les parties du corps.

Le 4 mars 1873, le malade entra pour la seconde fois dans mon service, et mon interne, M. Gauderon, nota chez lui l'état suivant :

Syphilide papulo-squameuse occupant le menton, le cou, le dos, les avant-bras, constituée : 1^o par des papules rosées, isolées, recouvertes de squames; 2^o par des groupes de papules réunies en cercles pleins ou en demi-lunes et également squameuses. Il existait en outre une roséole maculeuse disposée par plaques de l'étendue d'une pièce de un franc, sur le ventre et sur la poitrine. — Peu d'adénopathie, vestiges de plaques muqueuses sur les bourses. Je prescrivis des bains de sublimé et des frictions mercurielles. Le 12 mars, le malade sortit sur sa demande et avec une amélioration notable.

II

Le 23 mai 1873 (10^e mois de la syphilis), il se présenta à ma consultation, et me fit comprendre par signes qu'il lui était impossible de dire un mot. Sa physionomie était hébétée et les traits de sa figure présentaient une légère déviation du côté gauche. Il marchait très-bien; mais les membres supérieurs, surtout le droit, paraissaient affaiblis,

maladroits, et il eut beaucoup de peine à écrire son nom et son adresse. Quand je lui parlais, il me répondait à peu près bien par gestes plus ou moins significatifs. Je lui donnai un billet d'entrée, qu'il désirait. Au lieu d'attendre son inscription, il sortit et rentra chez lui, où le surveillant de mon service, qui avait bien voulu se mettre à sa recherche, le trouva au lit, avec la face vertigineuse, rouge et une torpeur marquée de toutes les facultés intellectuelles.

Le lendemain, 24 mai, ce malade entra dans mon service à l'hôpital du Midi, salle 7, n° 2. Je constatai l'état suivant : La parole est à peu près complètement abolie, et se borne à des *oui* et à des *non* placés convenablement et qui prouvent que le malade comprend les questions qu'on lui adresse. Je parviens à recueillir de cette façon, et à l'aide des signes qu'il me fait, les renseignements que voici : Le 22 mai, au soir, il avait parlé comme d'habitude. C'est pendant la nuit que l'attaque d'aphasie est survenue, sans grande secousse, sans convulsions, sans perte de connaissance, etc. Il n'est pas possible d'obtenir d'autres détails. La marche n'est pas vacillante ; la station sur le seul membre inférieur droit est facile et solide. Les deux bras paraissent affaiblis, le droit plus que le gauche. Les traits sont affaissés à droite et déviés du côté gauche. Les deux pupilles sont égales et mobiles. Le malade se plaint de gêne, d'embarras dans la bouche et dans la gorge. Il n'accuse pas de mal de tête.

La cicatrice indurée du chancre est très-sensible au toucher sur les bourses, qui présentent en outre des traces de macules syphilitiques. Ganglions cervicaux et inguinaux hypertrophiés et indurés.

Sur les deux commissures des lèvres existent des plaques muqueuses en pleine activité.

Je prescrivis une cuillerée de sirop de biiodure ioduré et 2 grammes d'iodure de potassium.

Le lendemain 25 mai, le malade est resté couché ; il lui eût été impossible de se lever debout ; l'hémiplégie droite est devenue en effet très-prononcée dans le membre inférieur, mais surtout dans le bras droit et encore plus à la face. L'aphasie est toujours complète.

Le 26 mai (4^e jour de l'encéphalopathie), l'intelligence du malade était toujours à peu près dans le même état ; il comprenait les questions et y répondait par des signes, par des *oui* ou par des *non* imparfaitement articulés. Il ne savait pas ou ne pouvait pas tirer la langue. Sa physionomie restait hébétée, sans expression, et ses traits présentaient une déviation de plus en plus grande, surtout lorsque les muscles de la face entraient en jeu. Somnolence continue.

L'hémiplégie des deux membres du côté droit offrait les mêmes caractères que la veille, tout en étant un peu plus prononcée. Le bras droit restait complètement immobile ; la jambe pouvait être soulevée spontanément à environ 20 centimètres au-dessus du niveau du lit. Intégrité des mouvements dans le côté gauche. Sensibilité à peu près la même des deux côtés.

Quelques macules syphilitiques brunâtres disséminées sur la peau. Pustule croûteuse sur la jambe droite, vers le tendon d'Achille. Plaques muqueuses aux deux commissures labiales.

27 mai. — Je compte le poulx pour la première fois, et je suis étonné de ne trouver que 44 pulsations ; elles sont régulières. Peau fraîche, appétit ; somnolence surtout après les repas. Même état que la veille au point de vue de l'aphasie et de l'hémiplégie. Le 27 et le 29, les choses n'ont subi aucun changement. La médication prescrite dès son entrée est bien tolérée.

III

31 mai (9^e jour de l'encéphalopathie). — L'état du malade s'est un peu amélioré : ainsi il peut remuer légèrement le bras droit et le soulever de quelques centimètres au-dessus du lit. La mobilité est la même dans la face et les membres inférieurs. — Impossibilité de dire autre chose que *oui* et *non*. La langue est mobile. Le malade comprend ; il est toujours hébété, mais la torpeur des facultés psychiques paraît avoir un peu diminué. Pouls à 40, régulier.

2 juin. — Le bras est redevenu immobile. Même état. 42 pulsations.

4 juin. — Un peu d'amélioration ; le bras droit peut être soulevé de 15 centimètres au-dessus du lit. Toujours aphasie complète. Hébétude ; somnolence après les repas. Le malade comprend tout ce qu'on lui dit. Son appétit est bon ; il tire bien la langue. Toujours le même traitement. Le pouls ne bat que 40 fois par minute.

9 juin (18^e jour de l'encéphalopathie). — Amélioration notable dans l'état des parties paralysées. Le malade peut lever le bras et lui faire exécuter quelques mouvements. La jambe est toujours moins paralysée que le membre supérieur droit. — Sensibilité à peu près égale des deux côtés. — Déviation toujours extrême de la bouche à gauche.

Sommeil. — Ne se plaint pas de mal de tête. — Comprend tout ce qu'on lui demande ; répond aux questions par signes, par *oui* ou par *non* ; il paraît cependant qu'il prononce quelquefois un ou deux autres mots. Sa mémoire ne semble pas abolie.

Tolère bien le traitement. Pouls toujours à 40-44. — On commence à faire faire quotidiennement des frictions

sur la partie interne et antérieure des cuisses. 4 grammes d'iodure de potassium.

11 juin. — Amélioration continue : Le bras droit peut être élevé au-dessus de la tête, la jambe du même côté croisée sur celle du côté opposé. — Commence à murmurer quelques mots difficiles à comprendre. La paralysie est surtout prononcée sur la moitié droite de la face. — Le malade n'a aucun mal de tête et il dort bien, sans somnolence diurne. Toutes les fonctions végétatives s'exécutent régulièrement. Il lui est impossible de se tenir debout. — (Frictions mercurielles, 5 grammes d'iodure de potassium.)

Le 13 juin (22^e jour de l'encéphalopathie). — Le malade est plus hébété que d'habitude ; il rit sans savoir pourquoi et n'exécute rien de ce qu'on lui ordonne, ou l'exécute de travers. — Aphasie toujours complète. Sommeil. — Même état de la motilité. Gencives un peu saignantes, mais pas encore de stomatite. Pouls, toujours à 40-42.

Le 16 juin (25^e jour des accidents cérébraux). — Malgré les frictions mercurielles, il n'a pas été possible d'obtenir jusqu'à présent la salivation. On donne tous les deux jours un bain sulfureux. L'amélioration continue et est devenue très-notable. La jambe droite fléchit toujours sous le poids du corps, ce qui empêche le malade de marcher sans être soutenu. — Le bras paralysé commence à exécuter des mouvements de plus en plus étendus et variés ; mais les doigts sont toujours à demi fléchis et immobiles. Même déviation de la bouche. Intelligence plus nette ; physionomie plus éveillée. Toujours impossibilité de parler ; ne prononce que quelques mots inintelligibles. La sensibilité est beaucoup moins paralysée que la contractilité musculaire. — Le chatouillement est vivement perçu ; mais la sensibilité à la température est moindre dans le pied droit que dans le pied gauche. (Même traitement, qui est très-bien

toléré.) — Appétit très-grand depuis deux jours. — Pas de maux de tête. Sommeil. — Le pouls est maintenant à 56-60; il est un peu inégal et irrégulier, sans intermittences. L'auscultation ne fait rien découvrir du côté du cœur. Toutes les fonctions organiques s'exécutent normalement.

23 juin. — Le malade peut maintenant se lever, se tenir debout et marcher un peu, mais en s'appuyant. — La jambe fléchit; claudication. Les mouvements des bras sont beaucoup plus étendus. — L'embarras de la parole est toujours grand et présente des intermittences: ainsi il y a des moments où le malade peut compter jusqu'à 40, et d'autres où il en est réduit à dire oui et non. — Au moindre mouvement le pouls augmente beaucoup de fréquence et s'élève à 80 et 100. — Dans le décubitus il est toujours assez lent. — Pas de salivation. — Même traitement.

IV

Quoique l'état du malade se fût sensiblement amélioré, surtout du côté de la paralysie musculaire, puisqu'il pouvait remuer le bras (mais non les doigts) dans tous les sens et marcher un peu, etc., cependant l'aphasie persistait. Il comptait en allemand jusqu'à 10. Il éprouvait la plus grande difficulté à prononcer les mots de plus d'une syllabe. — Avec des lettres mobiles, il pouvait composer un mot.

Le 25 (37^e jour de l'encéphalopathie), voyant que la salivation ne pouvait être obtenue par les frictions, je fis administrer tous les jours 0 gr. 40 c. de calomel, en 20 paquets. Il en résulta une légère purgation.

Le 26 juin. — Aucune salivation. Pouls 76. Le malade descend dans les jardins et se promène seul, sans appui.

27 juin. — Aucune salivation. — Purgation légère, pouls 72. Le malade se lève toute la journée. Il joue très-bien aux dominos. — L'aphasie n'a pas changé.

Les jours suivants, le calomel fut continué à doses réfractées; mais il fut impossible d'obtenir la salivation. Le dévoiement au contraire augmenta beaucoup et jeta le malade dans un grand état d'affaissement. Je suspendis toute médication spécifique et je prescrivis des toniques, du diascordium et du bismuth.

Le 4 juillet, la diarrhée avait cessé et le malade commençait à reprendre des forces.

Le 7, il voulut sortir (cinquantième jour de l'encéphalopathie, 12^e mois de la syphilis). La santé générale était à ce moment très-bonne. Il pouvait marcher sans appui, mais en inclinant tout le corps du côté droit. — La paralysie est toujours plus prononcée à la face que partout ailleurs. Puis vient celle des muscles moteurs des doigts, et en dernier lieu celle du membre inférieur droit. L'intelligence est relativement moins lésée par les autres fonctions nerveuses. — Quant à l'aphasie, elle reste à peu près toujours la même. Le malade dit oui et non et compte en allemand jusqu'à 20, mais il articule très-péniblement les mots de plus d'une syllabe et intervertit quelquefois l'ordre des nombres ou répète le même plusieurs fois. La sensibilité de l'ouïe est à peu près intacte. La plupart des fonctions organiques s'exécutent normalement.

J'avais perdu ce malade de vue depuis sa sortie de l'hôpital lorsqu'il revint me demander un lit dans mon service, le 27 janvier 1874. Il est toujours aphasique, comprend assez vite tout ce qu'on lui demande, mais ne peut y répondre que par oui et par non. Aussi les renseignements qu'il peut fournir sont-ils nécessairement incomplets.

Il dort bien et n'est pas sujet aux maux de tête; son état est resté à peu près stationnaire depuis que je ne l'avais vu. Il mange bien et sa santé générale est bonne. Il lui est survenu dans le mois de janvier 1874 quelques cercles et quelques plaques de psoriasis syphilitique sur les bourses et sur le fourreau.

Il en a été rapidement guéri. Le 23 février (9^e mois de l'encéphalopathie, 19^e de la syphilis), le malade présente l'état suivant : Impossibilité d'articuler d'autres mots que oui et non. La langue cependant se meut en toute liberté. Le malade comprend très-bien tout ce qu'on lui dit, mais il ne peut exprimer sa pensée que par des gestes et par des oui et des non. Quoique l'hémiplégie droite soit toujours très-prononcée et le mette dans l'impossibilité de continuer son travail de journalier, il marche en claudicant et se sert un peu de son bras. Il ne peut se tenir sans le secours d'un appui sur la seule jambe droite. Ses doigts se meuvent difficilement, il tient mal une plume et ne parvient qu'avec la plus grande peine à écrire son nom, encore oublie-t-il quelques lettres. Sa mémoire est bonne. Sensibilité obtuse dans tout le côté droit; les diverses sensations causées par le froid, par le pincement, la traction des poils sont confuses et souvent confondues. — La température est abaissée dans le côté frappé d'hémiplégie. — Il n'existe du côté des fonctions nerveuses aucun phénomène d'excitation. — Pas d'atrophie musculaire. — Le pouls est à 76, régulier. Il n'y a aucune lésion au cœur. Toutes les fonctions nutritives s'exécutent régulièrement. Les lésions cérébrales ont depuis longtemps cessé d'évoluer, et il y a plutôt infirmité maintenant que maladie.

V.

C'est au 10^e mois d'une syphilis de moyenne intensité et régulièrement traitée qu'a éclaté l'encéphalopathie, sans avoir été précédée, autant que j'en pus juger par le peu de renseignements que j'ai recueillis, de phénomènes tels que la céphalalgie et l'insomnie qui l'annoncent habituellement. L'attaque a eu lieu pendant la nuit. Du premier coup elle a aboli la parole qui n'est pas revenue depuis. En même temps il s'est produit un affaiblissement léger dans tous les muscles du côté droit. Cette hémiplegie a augmenté graduellement, et, au bout de trois jours, le malade pouvait à peine imprimer quelques mouvements aux membres supérieur et inférieur du côté droit, et la face était extrêmement déviée à gauche. L'intelligence était émoussée, mais beaucoup moins atteinte que la parole et la motilité. Quant à la sensibilité elle était lésée aussi, à un moindre degré que le mouvement.

Deux faits ressortent du début de ce processus encéphalopathique : le premier c'est la *sidération* de la faculté d'exprimer la pensée par des mots ; le deuxième c'est la coïncidence d'une hémiplegie droite contemporaine de l'aphasie, mais qui au lieu d'être portée d'emblée comme elle à son maximum d'intensité augmenta progressivement et n'arriva qu'au bout de 4 ou 5 jours à l'abolition presque complète du mouvement.

Avant d'aller plus loin notons la lenteur remarquable du pouls qui est resté à 40-44, pendant les 25 premiers jours de l'encéphalopathie, puis a repris peu à peu sa fréquence normale pour la dépasser au moindre mouvement.

A partir du 9^e jour, les accidents paralytiques diminuè-

rent d'une manière sensible, ainsi que la torpeur des facultés intellectuelles. Il y eut quelques alternatives de plus mal et d'amélioration; enfin au bout de 30 ou 40 jours le malade put se servir de son bras et de sa jambe, mais il n'arriva jamais à récupérer l'intégrité des mouvements, et de ce côté-là il est resté infirme.

L'amélioration fut beaucoup moins prononcée en ce qui concerne l'aphasie; elle eut lieu cependant, à un très-faible degré. Le malade arriva à compter jusqu'à 10 ou 20. — Aujourd'hui il en est réduit, comme au début, au *oui* et au *non*.

Que devons-nous conclure de tous ces faits? 1° que l'encéphalopathie était d'origine syphilitique, puisqu'elle s'est développée au 10^e mois de cette maladie et pendant sa seconde période; 2° que la lésion qui l'a produite siégeait dans l'hémisphère gauche; 3° qu'elle avait interrompu les conducteurs qui unissent l'appareil où s'élabore la pensée verbale et l'appareil où cette pensée verbale s'exécute et s'exprime par des mots; 4° qu'elle avait interrompu également les conducteurs qui unissent à la moelle les foyers du cerveau où s'élabore la volonté. Les phénomènes psychiques ayant été relativement peu compromis par cette lésion, il est probable qu'elle occupait, non point la substance grise, mais le pédoncule cérébral gauche, d'où son trajet à travers le corps strié et la couche optique correspondants.

Quant à la constitution anatomique de cette lésion, il est difficile de dire ce qu'il en était. La soudaineté de l'attaque ferait supposer au premier abord qu'il s'agissait d'une hémorragie ou d'une embolie cérébrales. D'un autre côté, l'augmentation progressive de l'hémiplégie concorde mieux avec l'hypothèse d'une encéphalite circonscrite, d'un ra-

mollissement, ou d'une sclérose syphilitiques. Une tumeur de la base du crâne aurait donné lieu à des troubles du côté de la vue. Toujours est-il que cette lésion, quelle qu'elle soit, a détruit d'une manière irrémédiable les parties qu'elle a envahies. Son activité paraît s'être épuisée avec ses premiers effets. Aujourd'hui le foyer morbide s'est éteint, et aucune détermination nouvelle ne s'est faite ou n'est en voie de se faire sur le cerveau, bien que la syphilis ne soit pas guérie, puisqu'elle a donné lieu tout récemment à quelques accidents cutanés.

Contre cette lésion de l'encéphale, la médication spécifique a été impuissante, et je ne sais s'il faut lui attribuer l'amélioration qui s'est produite du côté de l'hémiplégie. Qui me prouve qu'elle ne serait pas survenue spontanément? Il n'y a donc pas eu dans ce cas une action curative rapide, franche et incontestable. J'ai cherché à l'obtenir en provoquant la stomatite mercurielle, mais il m'a été impossible d'y réussir. Les frictions, l'administration du calomel à doses réfractées n'ont pas amené de salivation. Je terminerai en faisant remarquer qu'un traitement antisyphilitique continué pendant six mois n'a pas empêché la syphilose encéphalique de se produire.

Voici un autre cas bien curieux d'aphasie avec hémiplégie directe, dans lequel le processus a passé par les phases les plus variées pour aboutir, comme dans le cas précédent, à une infirmité sans doute incurable :

I

M. X..., âgé de 38 ans, marié et père de plusieurs enfants bien portants, jouissant lui-même d'une excellente santé, et n'ayant jamais eu aucune maladie héréditaire ou acquise constitutionnelle ou accidentelle; grand, blond,

mais peu lymphatique; bien constitué et très-vigoureux, vint me consulter dans les derniers jours du mois de novembre 1871 pour un mal de gorge survenu brusquement huit jours auparavant, avec un peu de fièvre et une douleur très-moderée sur la partie latérale du cou. A diverses époques, le malade avait eu des blennorrhagies. En 1868, il avait contracté un chancre simple, soigné par M. Ricord qui l'avait déclaré non syphilitique. Il n'avait, en effet, été suivi d'aucun accident constitutionnel.

La partie supérieure de l'amygdale droite était creusée d'une excavation ulcéreuse grosse comme une fève, irrégulière, déchiquetée, tapissée de lambeaux sphacelés. On aurait dit le cratère d'un furoncle avec son bourbillon. Je fis quelques cautérisations légères avec le nitrate d'argent, puis avec de la teinture d'iode, et au bout de 10 ou 15 jours, cet incident qui inquiétait le malade, parce qu'il lui supposait une teinte syphilitique, était guéri.

Quoique encore sous le coup de ses appréhensions passées, et malgré la crainte de contracter la syphilis, M. X... eut l'imprudence de voir, le 13 décembre, une femme suspecte. Le lendemain, il s'aperçut d'une petite écorchure située sur le côté gauche du filet. Il vint me la montrer; c'était une érosion très-superficielle, irrégulière et qui n'avait nullement l'aspect d'un chancre. (Cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent, pansement avec la pommade au calomel, bains.)

Cette ulcération, tout en restant superficielle, s'agrandit un peu, et il se forma progressivement au-dessous et autour d'elle une induration qui prit un caractère inquiétant, vers le 22 décembre.

Le 25 (12^e jour de la contamination), apparition d'un bubon indolent du côté gauche, dur et gros comme une

petite olive ; le 26, il y en avait deux ; un peu d'adéno-pathie spécifique à droite.

L'ulcération sécrétait un liquide parfaitement clair et transparent ; l'induration à sa base était de plus en plus prononcée. Je ne conservai plus de doutes sur la nature syphilitique de ce chancre, et j'instituai immédiatement un traitement hydrargyrique. M. Ricord, consulté, confirma mon diagnostic et prescrivit le même traitement. (Proto-iodure d'hydrargyre.)

Le 9 janvier 1872, je m'absentai de Paris, et je ne revis mon malade que dans les premiers jours de mars. Il avait à cette époque des accidents muqueux et cutanés légers qui s'étaient développés peu à peu dans la première quinzaine de février (60^e journée de la contamination). — Ces symptômes consistaient en plaques opalines discrètes dans la gorge et en quatre ou cinq groupes de petites papules sur le tronc. La santé générale était bonne, mais l'état moral toujours très-mauvais ne s'améliorait pas. M. X..... se sentait frappé d'une sorte de déchéance et se considérait comme un homme perdu. Rien ne pouvait le rassurer ; son esprit ne concevait que les pressentiments les plus sinistres.

En mars et avril, je vis souvent le malade ; il eut quelques poussées successives de papules cutanées, de plaques muqueuses, des croûtes dans les cheveux. Ces accidents résistèrent au traitement, qui était très-bien toléré ; mais ils finirent par disparaître à peu près complètement. Néanmoins, M. X.... voyait toujours l'avenir de plus en plus sombre ; et, bien que je ne trouvasse dans son état rien d'actuellement inquiétant, je ne pouvais quelquefois m'empêcher de partager ses craintes, tant elles me semblaient fondées sur une conviction intime et profonde. Il est vrai que la santé générale les justifiait un peu : M. X....., en

effet, commença vers la fin d'avril (quatrième mois de la contamination) à maigrir et à sentir ses forces diminuer; il avait perdu l'appétit et dormait peu. Je lui conseillai la campagne. Des affaires d'intérêt très-graves, qui se combinaient de la façon la plus fâcheuse avec sa maladie pour augmenter ses tourments, l'empêchèrent de partir.

II

Depuis le 26 décembre, il n'avait cessé de prendre des préparations hydrargyriques et iodurées, et dans les derniers temps des toniques. Au commencement de mai, il ne restait en fait d'accidents syphilitiques que quelques croûtes dans les cheveux; mais l'appétit ne revenait pas et les forces diminuaient. M. X... se sentait descendre peu à peu vers une pente fatale qui devait le conduire à une catastrophe. Il devenait de plus en plus découragé et décourageant. Son caractère et sa manière d'être intellectuelle se modifiaient d'une manière sensible. L'affectivité devenait plus prononcée et se traduisait quelquefois par des démonstrations un peu puériles; l'intelligence baissait, et en même temps l'agitation inquiète, la tristesse, les appréhensions, les idées de suicide, etc., etc. prenaient des proportions de plus en plus grandes. Teint plombé, amaigrissement, un peu d'inflexion du tronc en avant. Bien qu'il n'y eût aucune manifestation grave appréciable, on sentait que toute la machine intellectuelle et physique était soumise à la plus rude épreuve.

Les choses en étaient là depuis quatre ou cinq semaines, lorsque vers le 20 mai (5^e mois de la contamination), M. X... fut pris tout à coup, sans cause connue, d'une attaque extrêmement violente de névralgie faciale du côté droit: irradiations dans la tempe, le front, la région pariétale;

larmoiement, photophobie, catarrhe nasal, etc. Je crus à l'invasion d'une iritis ; mais l'œil droit ne présenta aucune lésion. Des crises plus fortes se produisirent dans la soirée. Je prescrivis des narcotiques, du sulfate de quinine, et j'augmentai la dose d'iodure de potassium que je faisais prendre depuis quelques jours. Au bout d'une dizaine de jours cette névralgie était complètement guérie.

Mais dans les premiers jours de juin, il survint un mal de gorge très-vif avec difficulté de la déglutition, et je constatai sur l'amygdale droite et la moitié correspondante de la partie postérieure du pharynx deux ou trois ulcérations profondes, à bords taillés à pic et déchiquetés, à fond grisâtre et pultacé, dont l'origine syphilitique ne pouvait être douteuse. (Cautérisation quotidienne avec de la teinture d'iode concentrée. Traitement hydrargyrique et ioduré.)

La guérison fut très-rapide ; au bout de quinze jours, ces ulcérations étaient cicatrisées. Néanmoins, M. X... maigrissait, s'affaiblissait et déclinait intellectuellement d'une façon sensible.

Vers le 25 juin (6^e mois révolu de la contamination), il fut repris de douleurs de tête. Elles étaient généralisées dans tout le crâne, mais présentaient plus d'intensité à gauche qu'à droite, contrairement à ce qui avait eu lieu lors de la première attaque de névralgie. Elles étaient moins lancinantes, mais plus dépressives, plus profondes et plus étroitement liées avec d'autres troubles cérébraux infiniment plus graves. Il était difficile de dire si la première attaque de névralgie dépendait de la syphilis constitutionnelle ou était simplement accidentelle. Mais pour la seconde, le doute n'était plus possible : il s'agissait évidemment d'une céphalée syphilitique accompagnée d'irradiations névralgiformes. Les souffrances étaient continues et ne présentaient pas d'exacerbations nocturnes ; il y avait

cependant absence presque absolue de sommeil. Je donnai l'iodure de potassium à la dose de 4, puis de 5, et enfin de 6 grammes, sans obtenir d'amélioration sensible. — Inappétence, amaigrissement, tronc incurvé en avant, signes généraux d'une affection des plus graves. — Rien du côté des organes des sens. Faiblesse générale. — Les narcotiques ne produisaient qu'une amélioration passagère. Quant à l'état mental, il devint de plus en plus malade : Compréhension difficile, pleurs faciles, affectivité exagérée comme dans certaines formes de ramollissement, physiologie égarée, etc. Un jour, il me sembla que M. X.... avait de la peine à parler, et que sa bouche était un peu déviée de droite à gauche ; mais comme il était en proie à la plus violente attaque de névralgie, je mis ces phénomènes sur le compte des douleurs céphaliques. J'explorais tous les jours la sensibilité, la motilité, etc., en un mot toutes les fonctions nerveuses sans rien découvrir. L'embarras de la parole et la déviation de la bouche ne durèrent que peu de temps ; ils étaient survenus dans les trois ou quatre derniers jours de juin.

M. X... me répétait qu'il sentait ses idées s'en aller, qu'il devenait incapable d'aucune conception, qu'il tournait à l'imbécillité.

Vers le 6 ou le 7 juillet, il se plaignit d'avoir perdu presque complètement la mémoire, qui était du reste celle de toutes les facultés intellectuelles qui avait le plus souffert.

Le 15 juillet, je constatai une augmentation progressive de cet état cérébral. Il y avait décadence simultanée de toutes les facultés psychiques ; le malade se plaignait surtout de son manque de mémoire. Il maigrissait, s'affaiblissait et s'incurvait à vue d'œil. Je lui faisais prendre 0,06 centigr. de protoiodure et 5 à 6 grammes d'iodure de

potassium, sans obtenir de cette médication mixte aucun résultat favorable. La physionomie était égarée, il y avait un peu d'incertitude dans la marche.

III.

Je n'avais pas vu M. X... depuis deux ou trois jours, lorsque, le 20 juillet (7^e mois de la contamination), il entra dans mon cabinet, plus abattu, plus défait que d'habitude, bredouillant quelques mots incompréhensibles et me faisant signe qu'il lui était impossible d'en dire davantage. La bouche était manifestement entraînée à gauche et tout le membre supérieur droit présentait un état de semi-paralysie.

En pressant le malade de questions et en interprétant de mon mieux ses gestes et les trois ou quatre mots qu'il pouvait encore prononcer, je finis par apprendre qu'il avait été pris de ces accidents la veille vers huit heures; qu'ils étaient survenus peu à peu, sans secousse, s'étaient accentués pendant la nuit, mais qu'ils n'avaient été ni précédés, ni accompagnés des phénomènes brusques, soudains qui constituent le coup de sang.

Le lendemain (21 juillet), j'allai voir le malade chez lui et je le trouvai dans l'état suivant : Rien du côté des organes des sens, pupilles également dilatées. — La main droite serre encore avec assez de force, mais le malade est inhabile à s'en servir, et, quand il veut essayer d'écrire ce qu'il ne peut me dire, il est tout étonné de se trouver dans l'impossibilité absolue d'écrire un mot. La sensibilité y est un peu diminuée.

Les traits de la face sont un peu tirés à gauche; cependant la paralysie faciale droite ne se décèle d'une manière certaine que lorsque les muscles de la face sont mis en jeu;

on voit alors une déviation considérable de la bouche à gauche, tandis qu'à droite les plis cutanés formés par la contraction musculaire sont moins nombreux et moins profonds. — Pas le moindre prolapsus de la paupière droite, aucune déviation des globes oculaires.

Agitation, impatience, irritabilité, découragement provoqués par l'impuissance de formuler sa pensée à l'aide de mots articulés. Cependant la langue est en possession de toute sa mobilité et le malade la dirige très-facilement dans tous les sens qu'on lui indique.

L'exploration du crâne pratiquée à plusieurs reprises avec le plus grand soin n'a fait découvrir aucune lésion du cuir chevelu, du péricrane ni de la boîte osseuse à sa surface externe. La pression provoquait sur certaines points des exacerbations de douleurs, comme dans les névralgies. Le malade se plaignait toujours de céphalées atroces.

Il comprenait ce qu'on lui disait et tâchait d'y répondre, mais inutilement. Pleurs, désespoir, beaucoup des symptômes intellectuels et moraux du ramollissement cérébral.

Les membres inférieurs ne présentaient aucune trace de paralysie; celui de droite fonctionnait comme celui de gauche, mais la marche était difficile, incertaine et n'aurait pu se continuer longtemps. Tronc de plus en plus incurvé en avant.

Il faut noter que si le malade a perdu l'appétit et a même jusqu'ici du dégoût pour les aliments, il n'a jamais éprouvé de nausées ni de vomissements. État suburthal; langue blanche et chargée, quelques vomissements gastriques plutôt que cérébraux. (Lavement purgatif.)

M. Cazalis, qui vit avec moi le malade le 29 juillet, fut d'avis de faire prendre du calomel à doses fractionnées pendant cinq ou six jours. On posa un séton à la nuque, et on

administra en outre un vomitif.—Repos au lit, diète légère, calmants.—Il y eut pendant deux ou trois jours un peu de fièvre; pas de déviation intellectuelle, ni de délire; insomnie.

IV.

Le 26 (6^e jour de la paralysie déclarée et de l'aphasie, 33^e ou 40^e du début des accidents encéphaliques), je trouvai un mieux sensible. Physionomie moins égarée, moins bouleversée; attitude plus calme et plus résignée; moins d'impatiences et d'appréhensions. — Peau fraîche, pouls à 64-68 très-régulier (il n'a jamais présenté aucun des caractères du pouls méningitique); évacuations alvines provoquées par le calomel. Langue moins pâle; sommeil.— Grande faiblesse générale. — Un peu d'appétit. Le séton suppose.

M. X... commence à parler; il articule quelques mots très-distinctement et même les relie de manière à construire des phrases plus ou moins imparfaites. Il emploie quelquefois le féminin pour le masculin; mais son aphasie ne présente aucune physionomie spéciale et toujours identique. Il ne trouve pas les mots, ou ne peut les formuler, voilà tout, quoique sa langue soit maîtresse de tous ses mouvements. La compréhension est plus facile et les phénomènes intellectuels et moraux du ramollissement s'atténuent et disparaissent.

Un peu plus de force dans le bras droit; demi-paralysie de la face à peu près stationnaire.—Rien de modifié du côté de la sensibilité, qui est un peu obtuse dans le bras paralysé et paraît normale dans la joue droite.

Les facultés psychiques semblent revenir plus vite que le mouvement; mais ce retour est très-lent et à peine sen-

sible d'un jour à l'autre. Quant au malade, il se désespère toujours et ne se trouve pas mieux.

Le 30 juillet, mon collègue et ami le D^r Beaumetz, qui fut appelé à donner des soins à mon malade, fit cesser l'usage du calomel, prescrivit des douches et du sirop de Gibert.

Le 1^{er} août (12^e jour de la paralysie déclarée et de l'aphasie, 46^e jour des accidents encéphaliques), je trouvai encore une amélioration très-notable. L'intelligence plus en éveil comprend tout facilement. L'aphasie persiste. Cependant le malade prononce des phrases entières, surtout quand il ne les cherche pas et qu'elles jaillissent pour ainsi dire spontanément sous l'influence d'une émotion un peu vive. Il emploie souvent le féminin pour le masculin. La langue n'est pas déviée et le malade lui fait exécuter tous les mouvements qu'on lui commande. La main droite serre assez énergiquement; légère diminution de la sensibilité dans tout le membre supérieur du même côté.

Malgré la demi-paralysie faciale, les lèvres et les joues retiennent l'air; pas d'anesthésie.

Déviation très-prononcée de la face à gauche quand le malade rit; rien aux paupières ni aux yeux; pupilles mobiles. Rien dans le membre inférieur droit, dont la sensibilité est intacte. Amaigrissement, langue chargée. (On donne deux cuillerées à bouche de sirop de Gibert.)

Les jours suivants l'amélioration continua d'une façon progressive.

Le 18 août (30^e jour de l'aphasie, 60^e jour des accidents encéphaliques), le malade sort et dîne en ville, s'exprime de façon à se faire comprendre. La force est revenue dans la main. Toujours déviation des traits. État général meilleur; mange et dort assez bien. Prend 6 cuillerées à bouche de sirop de Gibert. L'embarras de la parole présente des inter-

mittences très-remarquables. Il y a des jours où, sans qu'on en puisse trouver la raison, les mots viennent moins facilement, et sont mal articulés, tronqués ou bégayés.

27 août. — Parle beaucoup mieux qu'il y a huit jours. Mais l'amélioration est toujours très-lente. — Psychiquement le malade n'est plus le même qu'autrefois. — Absence complète d'érections.

6 septembre 1872 (48^e jour de l'aphasie, 82^e jour des accidents encéphaliques). — Toujours intermittences sous le rapport de la parole. Aujourd'hui le malade s'exprime beaucoup mieux que la dernière fois que je l'ai vu, mais bégaye par moments, cherche les mots et souvent ne les trouve pas. Hier, dit-il, la parole était beaucoup plus facile; en somme amélioration très-lente. — La mémoire est revenue. Plus de douleurs de tête. Sommeil mauvais, mais pas de rêves. — Le malade peut lire sans fatigue, et il écrit maintenant presque comme avant sa maladie. — La force est revenue dans la main droite; mais le pouce, l'indicateur et le médus sont le siège de douleurs rhumatoïdes, ils paraissent engourdis et moins sensibles que l'annulaire et l'auriculaire. — Toujours déviation de la bouche. (Après avoir pris huit cuillerées par jour de sirop de Gibert, il prend maintenant chaque jour 10 grammes d'iodure de potassium depuis cinq jours, sans en être fatigué.) — Pas d'érections.

23 novembre 1872 (95^e jour de l'aphasie). — La santé de M. X... s'est considérablement améliorée au point de vue de l'état général. Il a repris toutes ses habitudes; mais les facultés génitales se sont affaiblies d'une manière notable. La force musculaire, considérable des deux côtés, est à peu près aussi grande à droite qu'à gauche.

Il reste toujours un peu de gêne dans les mouvements

du bras droit; trois doigts surtout sont inhabiles, et comme inertes et à demi paralysés de leur sensibilité sur la face palmaire seulement : ce sont le pouce, l'indicateur et le médius.

La parole est parfois embarrassée, hésitante, surtout quand le malade s'imagine qu'il ne va pas pouvoir trouver les mots. — Rien d'anormal du côté des facultés intellectuelles et morales. Cependant l'encéphale n'est évidemment pas sorti intact de cette affection et n'a pas entièrement récupéré son intégrité fonctionnelle.

Quoique les maux de tête n'existent plus, le malade est tourmenté par des insomnies qu'aucune cause accidentelle ne peut expliquer.

Tout traitement a été suspendu pendant un mois.

29 janvier 1873 (5^e mois et demi de l'aphasie. — Aucun traitement spécifique n'a été fait. — Hydrothérapie, gymnastique. Le malade se sent beaucoup mieux que le 23 novembre 1872, mais il se plaint de dormir mal, de se réveiller surtout. Il a peu d'appétit et est toujours maigre. — Marche très-bien, et n'éprouve aucune sensation dans le côté autrefois paralysé, si ce n'est un peu d'engourdissement dans le médius et l'index, et quelquefois un peu de douleur au niveau de leurs articulations. — Voit des femmes une ou deux fois par semaine. Erections moins énergiques, moins longues, éjaculation très-rapide. — La parole est un peu embarrassée pour certains mots que le malade prononce mal. Mais amélioration très-grande.

V.

Telle a été cette première détermination de la syphilis sur le cerveau. On voit qu'elle est survenue à une époque

très-rapprochée du chancre. L'attaque d'aphasie et d'hémiplégie droite ne s'est produite, il est vrai, qu'au *septième* mois de la contamination ; mais depuis longtemps le cerveau était malade. J'ai même la conviction que le travail pathologique a débuté vers le *quatrième* ou *cinquième* mois de la contamination, et qu'il a été presque contemporain de la première poussée des accidents cutanés et muqueux. C'est une date qu'il est difficile de préciser, car la période prodromique de l'encéphalopathie déclarée a été vague, indécise et caractérisée par des troubles psychiques sans cause matérielle bien évidente. Cependant leur physionomie, qui s'est accentuée de plus en plus, portait dès l'origine le cachet du ramollissement cérébral.

La seconde crise de céphalée névralgiforme ne laissait aucun doute sur l'existence d'une lésion progressive qu'aucun traitement n'avait pu ni prévenir ni enrayer. — Au bout de quelques jours, en effet, je trouvai la parole de plus en plus embarrassée, et il me sembla que la face présentait une déviation morbide. — C'était, en abrégé, le symptôme de l'attaque d'aphasie et d'hémiplégie droite par laquelle se termina cette longue phase d'accidents cérébraux qui avait commencé deux mois auparavant.

Quoiqu'il y ait de grandes variétés dans les manifestations de la syphilose cérébrale, je donne celle-ci comme un type, parce que l'on y trouve réunis presque tous les caractères propres à cette grave affection.

Le processus, en effet, a d'abord attaqué un territoire plus ou moins étendu de la substance grise des circonvolutions. C'est ce que nous sommes en droit de supposer, si on nous accorde que les troubles psychiques ont eu de bonne heure pour substratum organique une lésion matérielle. Il s'est établi dans la substance grise, à la périphé-

rie des hémisphères, un travail chronique de nature congestive ou phlegmasique, qui après être resté longtemps diffus s'est enfin concentré sur l'hémisphère gauche. Là, il s'est manifesté par des phénomènes d'autant plus accusés qu'ils sont devenus plus circonscrits. Enfin il a abouti à une attaque d'aphasie et d'hémiplégie droite incomplète, sans perte de connaissance, sans ictus apoplectique proprement dit. — Néanmoins, à partir de ce moment, tout le système encéphalique a été comme subjugué par la lésion ; et ce n'est qu'au bout de cinq ou six jours que les principales fonctions cérébrales ont commencé à dominer la perturbation réflexe et à émerger de leur torpeur momentanée. — L'amélioration a été très-lente, et, au cinquième mois de l'aphasie, la guérison n'était pas complète et, disons-le d'avance, ne l'a jamais été.

Parmi les phénomènes de la période prodromique, il en est que nous avons rencontrés dans presque tous les cas : ce sont la céphalalgie persistante et l'insomnie. La première fois que les douleurs de tête se sont montrées avec une intensité qui leur donnait une signification diagnostique et pronostique réelle, elles ont affecté le type névralgique intermittent. Comme elles occupaient le côté droit de la tête, on pouvait supposer à ce moment que la lésion d'abord diffuse se concentrait sur ce point.

Peut-être en a-t-il été ainsi ; mais la guérison rapide de cette céphalée névralgiforme qui n'a duré que huit jours prouverait bien aussi que la lésion a été très-superficielle. Toujours est-il que, un mois après, la céphalée siégeant cette fois du côté gauche de la tête, et bien autrement profonde et tenace que la première, indiquait la formation d'un foyer morbide dans l'hémisphère correspondant et la procession prochaine d'accidents paralytiques.

Remarquez, en effet, qu'il n'a jamais existé aucun phé-

nomène d'excitation, ni convulsions, ni contractures, ni délire, etc. Aussi est-il probable que la lésion quoique voisine des méninges ne les a pas atteintes, ou si elles ont été touchées, ce n'est que dans une petite étendue, au voisinage du foyer cérébral.

Étudions maintenant les phénomènes de l'attaque d'aphasie et de l'hémiplégie droite. L'embarras de la parole s'était montré plusieurs semaines avant sa perte à peu près complète et instantanée. Ce symptôme, qui s'observe souvent dans les encéphalomalacies, avait pris une prédominance croissante sur les troubles psychiques. Il était naturel de supposer qu'il dépendait de la même cause, c'est-à-dire d'une lésion de la substance grise périphérique, mais que cette lésion convergait vers l'appareil organique où s'élaborent les mots destinés à exprimer les idées. Or on s'accorde généralement aujourd'hui à localiser cet appareil dans les lobes antérieurs du cerveau, et plus particulièrement dans les circonvolutions de la face inférieure, la troisième entre autres, du côté gauche. — Ce fait, ainsi que le précédent, viennent à l'appui de cette manière de voir. La coïncidence d'une hémiplégie droite avec l'aphasie prouve en effet manifestement que la lésion siégeait dans l'hémisphère gauche. Reste à savoir si, chez notre dernier malade, l'appareil de logogénèse était atteint, ou celui de transmission ou celui d'exécution. — Éliminons ce dernier, puisque la langue était en possession de tous ses mouvements. Entre les deux autres, je me prononce pour le premier :

1° Parce que les troubles psychiques ont précédé, accompagné et suivi l'aphasie ;

2° Parce que la mémoire a été profondément atteinte, et que celle des mots semblait avoir souffert en dernier lieu d'une façon spéciale ;

3° Parce qu'il y avait quelquefois émission de mots qui n'étaient pas en rapport avec l'idée, etc. — Je ne veux pas, pour le moment, pousser plus loin l'analyse physio-pathologique de ce cas. Je prie le lecteur de le comparer à celui qui précède; il découvrira facilement entre les deux aphasies des différences assez tranchées pour acquérir la conviction que l'une, celle de l'observation V, dépendait d'une lésion des organes de transmission, et l'autre, celle de l'observation III, d'une lésion des cellules grises qui président à l'élaboration des mots.

Mais cette dernière lésion ne s'est pas localisée dans la couche superficielle du cerveau; il est probable qu'elle a pénétré plus profondément vers les corps striés ou les pédoncules cérébraux; c'est alors qu'elle a produit l'hémiplégie droite en même temps que l'aphasie.

Cette hémiplégie a touché la face, le membre supérieur et l'inférieur, mais pas au même degré. Dans le membre inférieur, c'est à peine s'il a existé un affaiblissement musculaire léger; dans le supérieur, l'inaptitude fonctionnelle a été beaucoup plus prononcée, quoique la paralysie n'y ait été complète à aucun moment; enfin, dans la face, il existait également de la parésie plutôt qu'une abolition réelle de la motilité. La dissémination irrégulière de l'akinésie est un des caractères de la paralysie d'origine syphilitique. Dans un même groupe de muscles dont le fonctionnement a été compromis en bloc, il n'est pas rare de voir quelque division ou sous-division du groupe et même quelques muscles isolés subir plus spécialement l'atteinte de l'action morbide. Or quand le foyer du mal siège dans l'encéphale, il faut supposer que de son centre partent des trainées très-ténues du processus organique, qui serpentent à travers les conducteurs de la volition, attaquant les uns, respectant les autres, etc., ou bien qui détruisent capricieusement

telle ou telle agglomération de cellules dans la masse grise de l'encéphale où s'élaborent les actes de la volonté. Les mêmes remarques s'appliquent aux troubles de la sensibilité, qui sont généralement beaucoup moins accusés que ceux de la motilité. Les fourmillements et la sensation d'engourdissement qui ont persisté longtemps dans le pouce, l'index et le médus de la main droite, sont une preuve de la localisation singulière que présentent parfois les accidents nerveux d'origine centrale.

Quand j'ai avancé plus haut que le processus était de nature congestive et inflammatoire et qu'il avait abouti à un ramollissement, j'ai peut-être fait une hypothèse un peu gratuite ; mais elle m'a paru assez probable. On pourrait soutenir aussi qu'il est devenu plus tard hyperplasique. Mais à quoi bon chercher à résoudre un problème insoluble ?

La syphilis de ce malade, à en juger par sa première manifestation cutanée et muqueuse, ne s'annonçait pas comme une maladie grave. Elle l'est devenue par le seul fait de la détermination sur le cerveau. Cependant plusieurs mois avant que l'affection intra-crânienne se fût révélée par des symptômes positifs, la santé générale était déjà profondément atteinte, comme l'indiquaient la faiblesse musculaire, l'amaigrissement, l'incurvation du tronc en avant, l'altération des traits, etc. Les désordres de la nutrition se sont réparés peu à peu, à mesure que diminuaient les accidents cérébraux.

Le traitement, institué dès les premiers jours du chancre, et continué pendant plusieurs mois sans interruption et d'après les différentes indications qui se sont présentées, n'a eu aucune influence préventive. Son action curative

n'a jamais été bien franche. Les accidents n'ont diminué que peu à peu et n'ont jamais été bien guéris. On va voir par la suite de cette histoire que la médication spécifique n'a pas donné plus tard de meilleurs résultats qu'au début.

(*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

DU TRAITEMENT HYDRIATIQUE DES MALADIES CHRONIQUES ET
DES PRINCIPALES STATIONS HYDRO-MINÉRALES ADAPTÉES AUX
DIFFÉRENTES FORMES MORBIDES, par M. le professeur
A. GUBLER.

Broch. in-8°, chez G. Masson, éditeur.

C'est à Trousseau qu'on doit l'introduction des eaux minérales dans le cours de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris. Fidèle à la tradition de son devancier, M. le professeur Gubler a exposé en 1872 devant ses auditeurs une série étendue de leçons comprenant toutes les indications que fournit l'étude de l'hydrologie médicale. Nous retrouvons ce résumé succinct dans une publication empruntée au *Journal de thérapeutique*, pour le plus grand profit des praticiens et des malades.

Le problème si compliqué et si difficile qui consiste à approprier autant que possible le choix de l'eau médicale naturelle à chaque cas pathologique en particulier est l'objet de l'exposé magistral que nous avons le regret de ne pouvoir suivre dans ses développements. Sans contester l'importance de la notion de cause étiologique et spécifique, prédominant beaucoup d'affections chroniques constitutionnelles, M. Gubler s'attache surtout aux états morbides qui se retrouvent habituellement au fond de ces entités plus ou moins complexes et qui les compliquent aussi très-souvent. Suivant lui, à l'aide des agents physico-chimiques, que représentent les remèdes ou médicaments, on n'atteint

pas la disposition de l'organisme à dévier dans un certain sens, en un mot la diathèse, fréquemment héréditaire et résistante ; mais ce qui devient accessible à nos moyens thérapeutiques, ce sont les effets apparents des influences générales, les lésions qu'elles produisent, qui remplissent à leur tour un rôle de cause et doivent être parfois attaquées de préférence, sans omettre toutefois les indications tirées de l'existence et du caractère particulier des manifestations locales ou extérieures. Les cures hydro-minérales répondent à ce programme, où le professeur, tenant plus de compte des *indications physiologiques* : état subaigu ou chronique, forme sèche ou fluente, complications viscérales, pléthore ou anémie, état nerveux, etc., ne s'arrête pas seulement à la notion de cause : scrofule, arthritisme, herpétisme, par exemple, et subordonne l'hydriatrie à ces éléments fournis par la thérapeutique ordinaire.

Pour nous en tenir au traitement hydriatique des dermatoses et de la syphilis, nous recueillons dans les chapitres consacrés à ces sujets des préceptes d'une haute portée pratique. M. Gubler démontre comment une eau minérale peut être conseillée pour les affections de la peau les plus diverses, tandis qu'une même dermatose sera traitée avec succès par les eaux médicales les plus disparates. C'est que les mêmes indications se présentent dans le cours d'affections parfois très-différentes au point de vue de la nature étiologique et que la même espèce nosologique réclame successivement des moyens très-variés. Aussi ne doit-on pas admettre de véritable spécificité des eaux minérales par rapport au traitement des maladies chroniques de la peau, mais bien la relation de leur action physiologique avec les indications particulières qui doivent être remplies. Le choix d'une station hydro-minérale pour la cure d'une affection cutanée devra correspondre à ces données. M. Gubler y conforme son tableau thérapeutique, voire même en re-

gardant les dermatoses parasitaires (psore, herpès circinné, pityriasis versicolor, etc.) comme justiciables des eaux sulfureuses fortes, quoique l'expérience n'ait pas encore prononcé sur les propriétés parasitocides des eaux de Baréges ou de Luchon.

Nous ne pouvons que nous associer d'autre part à la caractéristique énoncée par le savant professeur dans le traitement des syphilitiques par les eaux minérales. Tantôt, à son jugement, les eaux administrées médicalement, avec l'aide d'une haute thermalité en particulier, servent de moyen d'épreuve et fixent le diagnostic dans les cas douteux de diathèse syphilitique; tantôt elles combattent directement les manifestations morbides; d'autres fois elles contribuent à relever l'état général de la cachexie que lui imprime l'intoxication virulente. Il ne semble pas, quoiqu'on l'ait attribuée à certaines sources minérales, qu'aucune d'entre elles exerce une action spécifique sur la syphilis, ou du moins cette vertu curative reste à démontrer par des recherches ultérieures, dans l'ordre de la chimie notamment.

M. Gubler termine son étude par des vues d'ensemble sur ce qu'il appelle les cures *parallèles*, *correctives* ou *auxiliaires*, et qui consistent à combiner, selon les circonstances, les effets de différentes eaux naturelles, employées suivant un mode successif ou complémentaire, dans des stations plus ou moins rapprochées les unes des autres; sur la durée des cures hydro-minérales, devant varier selon la manière d'agir des eaux et suivant le but qu'on veut atteindre; sur la saison la plus favorable pour les cures hydriatiques. Cette série d'articles, empreinte de l'autorité du savoir et de l'expérience, compose une synthèse pour ainsi dire nouvelle en hydrologie médicale et dont la thérapeutique des maladies chroniques bénéficiera à tous égards.

REVUE DES JOURNAUX

DES EFFETS DE LA STASE VEINEUSE DANS LA PEAU, par le
Dr AUSPITZ, de Vienne.

Quand chez l'homme sain on applique au-dessus du coude une bande un peu serrée (comme pour la saignée), qui comprime les grosses veines et les capillaires de la peau, sans empêcher la circulation des artères du membre, on ne tarde pas à voir les grosses veines gonfler et le bras se cyanoser. Cette cyanose commence au côté interne du coude, descend vers le poignet en suivant tantôt le bord radial, tantôt le bord cubital de l'avant-bras, passe ensuite sur le dos de la main et la face postérieure de l'avant-bras, et enfin envahit la paume de la main; ces phénomènes se produisent plus rapidement chez les sujets maigres que chez les personnes grasses. Si on a en même temps appliqué un thermomètre contre la paume de la main, un autre contre la face dorsale, et fixé les deux thermomètres avec une bande, on reconnaît que :

1° A l'état normal, la température est toujours plus élevée (de 0°,5 à 3°,5, différence moyenne 1°,57) à la face palmaire qu'à la face dorsale.

2° Après la compression, la température de la paume de la main baisse (de 1,06 en moyenne); celle du dos baisse moins, reste stationnaire ou s'élève; au bout d'une vingtaine de minutes, les deux faces de la main sont à la même température.

3° 10 à 20 minutes après, cessation de la compression; la différence de température recommence à s'accroître.

La coloration de la peau change bientôt d'aspect : au bout de cinq à dix minutes de compression, on voit surgir des plaques d'un rouge plus ou moins foncé, d'abord près de la bande, puis sur tout l'avant-bras (le tiers inférieur et postérieur excepté), et enfin au dos de la main, qui est couvert de taches d'un rouge-cinabre.

Quelquefois la couleur est gris cendré, ou bien il se forme des taches d'un blanc sale qu'une douce friction fait disparaître, comme celles d'un érythème au début : les taches rouges au contraire persistent, malgré la pression, et se garnissent de petits points rouge-carmin, qui deviennent de plus en plus nombreux.

Après enlèvement de la bande, la cyanose et l'œdème disparaissent rapidement ; les taches rouges persistent et deviennent brunes.

Dans quelques cas, la cyanose ne se produit pas : alors la veine médiane est remplacée par un gros tronc veineux qui fait communiquer les veines superficielles avec les profondes et empêche la stase veineuse.

La marche de la cyanose s'explique par la disposition anatomique des vaisseaux de la peau : la majeure partie des veines du dos de la main passe à la face antérieure de l'avant-bras ; l'épiderme est plus épais, le réseau capillaire superficiel est plus riche à la paume de la main que sur le dos et le torrent circulatoire plus rapide ; aussi la température est-elle plus élevée dans la paume de la main et la stase s'y produit-elle lentement.

Les taches rouge-cinabre sont dues à des exsudats sanguins qui se font sous l'influence de la stase ; elles deviennent brunes, ne disparaissent pas à la pression du doigt et se comportent comme des ecchymoses ; ces exsudats se font par une simple diapédèse du sang ; il n'y a aucune rupture des parois vasculaires ; les expériences de Stricker sur les grenouilles, de Cohnheim sur l'oreille du lapin, ne

laissent aucun doute à cet égard; les globules sanguins passent entiers ou émiettés à travers les parois vasculaires; d'autres fois l'hémoglobuline seule passe. Virchow a du reste démontré que le globule sanguin se désagrège après sa sortie des vaisseaux, que l'hémoglobuline s'en sépare, colore le sérum et les autres sucs.

Les taches blanches tiennent quelquefois à une contraction des artérioles cutanées, ou à la stagnation du sang dans ces artérioles, ou peut-être aussi à la compression de ces petits vaisseaux par le sérum épanché sous l'influence de la stase.

Tels sont les résultats des expériences faites sur l'homme sain; M. Auspitz les a répétées sur des malades atteints de rougeole, d'urticaire, d'érythème papuleux, de variole simple ou hémorrhagique, de purpura, etc.

Dans la rougeole, la cyanose suit la même marche que sur l'homme sain; les taches rouge-cinabre se développent sur les taches de rougeole; elles s'entourent parfois d'une aréole blanche; les taches rubéoliques deviennent parfois ecchymotiques; les taches rubéoliques anciennes (cinq ou six jours) deviennent ecchymotiques à leur centre, mais ne prennent pas la couleur rouge-cinabre.

Dans l'urticaire, la coloration rouge se produit régulièrement sur les papules un peu anciennes; elle a son maximum d'intensité sur les bords de la papule; elle peut faire défaut dans les cas récents; le centre de la papule s'aplatit et prend une teinte moins foncée; les papules deviennent généralement plus saillantes, plus infiltrées et, si elles sont garnies de vésicules, ces vésicules gonflent davantage; les ecchymoses et les exsudats sanguins surviennent moins facilement que dans une peau normale.

Chez les varioleux, la compression ne produit que quel-

ques taches pâles, quand on a affaire à l'érythème diffus du début ; si les pustules sont entourées d'un liséré rosé, ce liséré devient rouge ; la base des pustules se garnit d'ecchymoses foncées, qui, dans les cas graves, forment un liséré bleu-rouge foncé autour de la pustule ; mais les pustules restent toujours claires et ne se remplissent jamais de sang ; les ecchymoses indépendantes des pustules sont plus ou moins nombreuses, mais en général beaucoup plus grandes que chez l'homme sain.

Dans la variole hémorrhagique, l'exsudation sanguine devient très-abondante sous les pustules et autour d'elles : au bout de quelques minutes le bras devient d'un bleu noirâtre ; l'abondance des pustules n'a aucune influence sur l'abondance des hémorrhagies dues à la compression ; celles-ci sont toujours très-considérables ; mais, pas plus que dans la variole ordinaire, les pustules ne se remplissent de sang.

Donc, en résumé, dans les érythèmes sans pustulation, la compression provoque une exsudation de la matière colorante du sang. Mais les globules eux-mêmes ne traversent pas les parois vasculaires ; dans les processus avec pustulation, au contraire, le sang lui-même sort des vaisseaux, mais jamais il ne pénètre dans les pustules varioliques ; les pustules de la variole hémorrhagique deviennent noires en se desséchant ; mais cette masse noire n'est qu'un amas de pus desséché et de sang, provenant d'un abcès du derme qui s'est formé sous la pustule.

Chez les malades atteints d'affections du genre scorbutique (purpura hémorrhagique, purpura rhumatismal, scorbut, etc.), les hémorrhagies sous-cutanées provoquées par la compression des veines ont été moins abondantes que chez l'homme sain ; ce résultat, qui peut surprendre, démontre que dans ces maladies il n'y a pas altération des parois vasculaires.

Des ligatures appliquées pendant un temps plus ou moins long sur les veines des oreilles du lapin de façon à provoquer une stase prolongée ont été suivies d'examen microscopique des parties : ces expériences complètent celles dont il vient d'être question.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° La stase veineuse provoque plus facilement la diapédèse ou les exsudations dans les tissus enflammés que dans les tissus sains.

2° Dans les érythèmes, la stase rend le centre des taches pâle, tandis que les bords de ces taches deviennent plus colorés et plus rouges ; au centre, il y a transsudation abondante de sérum et gonflement.

3° Jamais la stase veineuse ne provoque la suppuration ; si celle-ci existait déjà, la stase veineuse ne l'augmente pas.

(*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, n° 2 et 3, 1874.)

LIVRES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Manuel d'accouchement comprenant la pathologie de la grossesse et les suites de couches, par le Dr C. Schröder, traduit et annoté par le Dr Charpentier. 1 vol. in-8, Paris, 1875, chez Masson. — 14 fr.

A practical and theoretical treatise on the diseases of the strin, par le Dr G. Nayler. In-8, London, chez Smith, Edler et Co, 1874.

De la transfusion du sang, par le Dr Louis Jullien. In-8 avec figures, chez J.-B. Baillière, Paris, 1875. — 5 fr.

De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme, par le Dr H. Petit. In-8, chez A. Delahaye, 1875. — 2 fr. 50.

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

QUELQUES MOTS SUR LE LUPUS. — CE QU'IL FAUT
PENSER DE CETTE DÉNOMINATION, par le docteur
L. GUÉRARD.

On a pu lire, dans l'un des derniers fascicules des *Annales*, sous la signature de M. le D^r Dauvergne père, médecin de l'hôpital de Manosque, un long article consacré à des *Considérations anatomiques et nosologiques sur l'esthiomène*. Cet article m'a paru intéressant et curieux à plus d'un point de vue. M. Dauvergne père est un *alibertiste* dans la plus complète acception du mot. Élève et contemporain du célèbre dermatologiste, il est resté ce qu'il était jadis; le temps, qui change tout, n'a point touché à ses convictions, n'a ébranlé sur aucun point sa fidélité à la doctrine, et il semble que la voix du maître, depuis quarante ans silencieuse, n'ait point cessé de retentir à son oreille. Pour lui, tout ce qui a été conçu, entrepris ou réalisé depuis cette époque est comme nul et non avenu; les Willanistes n'ont réussi qu'à embrouiller et dénaturer la science; ils l'ont

encombrée de mots vulgaires ou interposés sans pudeur (*sic*); ils ont nié la nature des maladies pour pouvoir les confondre pêle-mêle dans des cadres postiches, etc., etc. Enfin, les travaux de MM. Bazin et Hardy ne valent qu'autant qu'ils se trouvent en parfaite conformité avec les principes essentiels d'Alibert : *Hors de la doctrine, pas de salut.*

Certes, je ne suis pas de ceux qui se plaisent à rabaisser nos gloires ; et je m'incline avec respect devant le grand nom d'Alibert. Il est venu dans un temps où tout était confusion dans la pathologie de la peau, et il a contribué pour une large part à y faire l'ordre et la lumière. Il a imprimé à la dermatologie une impulsion puissante, qui se fait sentir encore, et dont l'influence nous a préservés peut-être des excès de la méthode anatomique de Willan. Je comprends donc, et je partage le sentiment d'admiration dont M. Dauvergne père se sent pénétré pour son illustre maître. Mais ce sentiment lui-même ne doit pas être exclusif. Il ne doit pas nous rendre injustes au point de méconnaître ce que d'autres ont pu faire de bon et d'utile, dans une voie différente. Je ne saurais, par exemple, m'associer, sous aucun prétexte, à l'indignation que M. Dauvergne manifeste contre ce qu'il appelle l'ingratitude de Bielt. Je ne sais ni ne veux savoir quels rapports d'intimité ont pu exister entre Alibert et Bielt, ni quels genres de services celui-ci a pu recevoir de celui-là. La science ne descend pas à de semblables détails. Mais que Bielt ait cru devoir préférer, à tort ou à raison, le système de Willan à la méthode soi-disant naturelle d'Alibert, qu'il ait été surtout frappé des avantages de la classification anglaise, je ne vois aucun motif de lui en faire un crime. Je cherche vainement, je l'avoue, ce qu'il peut y avoir de commun entre la reconnaissance et un système scientifique, et comment un tel

sentiment pourrait servir de base à une conviction doctrinale.

Donc, et c'est là que je veux en venir, un des grands crimes de Bielt et de son école, et, il faut bien le dire, de MM. Bazin, Hardy, et de toute la génération actuelle, serait d'avoir préféré au mot *esthiomène*, *εσθιομενος*, malgré l'autorité et les textes, malgré Celse, Galien et Alibert, la dénomination vulgaire, étrange, ridicule et malsonnante de *lupus*. — Examinons les raisons que M. Dauvergne apporte à l'appui de son réquisitoire.

Il y aurait d'abord la raison historique et lexicologique. Le mot *esthiomène* a sa racine dans la tradition. Il est de source grecque : *græco fonte cadit*. Il a été employé par Celse, le savant grammairien, par Galien, le plus savant médecin de l'antiquité. C'est, comme on voit, un terme qui a ses titres de noblesse. Le mot *lupus*, au contraire, remonte à peine au treizième ou au quatorzième siècle ; il vient on ne sait d'où, mais tout en lui révèle une basse extraction, et M. Dauvergne s'explique ainsi qu'on l'ait attribué à Paracelse, dans cette pensée, dit-il, « que l'alchimiste illuminé seul pouvait l'avoir enfanté dans quelque libation, ou fabriqué pour l'usage de son charlatanisme crapuleux. » Voilà qui me paraît bien dur pour ce pauvre Paracelse, qui pourtant n'avait absolument rien à voir dans la question, puisque M. Dauvergne reconnaît quelques lignes plus bas qu'il a vainement cherché dans cet auteur le terme qu'on lui reproche. M. Dauvergne conclut de tout ceci « que les dermatologistes modernes ont employé bien maladroitement le mot *lupus*, qu'ils ont fait peu d'efforts pour rechercher dans l'histoire l'origine des mots, et qu'il est fort étrange, sinon pire, que M. Bazin ait attribué le nom d'*esthiomène* à Galien, Gibert, à Gui de Chauliac, et MM. Cazenave et Schedel, à Paracelse. »

Je répondrai d'abord à M. Dauvergne que tout le monde

n'a pas, à l'égard des mots, les préjugés qu'il fait paraître, qu'un mot, somme toute, en vaut un autre, pourvu qu'il soit clair, bien défini, et ne blesse pas l'oreille ; que le mot *lupus*, par exemple, si choquant pour lui, ne l'est en aucune façon pour moi ; qu'il existe, enfin, en pareille matière, une autorité plus haute que la tradition, plus considérable que Celse, Galien et tous les encyclopédistes, c'est l'usage,

Quem penes arbitrium est, et jus, et norma loquendi.

C'est l'usage qui met tel mot en honneur, qui fait oublier tel autre, à tort ou à raison, quelquefois contre toute raison. C'est lui qui a fait prévaloir le mot *lupus* dans le vocabulaire médical, et toutes les réclamations du monde ne changeront pas la situation : le meilleur parti est donc de s'y conformer :

Durum ; sed levius fit patientia

Quidquid corrigere est nefas.

M. Dauvergne reproche aux dermatologistes modernes d'avoir fait peu d'efforts pour rechercher dans l'histoire l'origine du mot *esthiomène*, M. Bazin l'attribuant à Galien, Gibert à Gui de Chauliac et M. Casenave à Paracelse. La critique paraît juste à l'égard de deux au moins des auteurs précités, car l'expression *ερπης εσθιομηνης* se trouve incontestablement dans Galien, qui vivait au deuxième siècle de notre ère, c'est-à-dire plus de 1200 ans avant Chauliac et Paracelse. Galien, dit Lorry, voulut que les dartres fussent distinguées en trois genres : 1° *herpes miliaris*, *ερπης κερχριας* ; 2° *herpes erodens*, *ερπης εσθιομενος* ; 3° *ερπης φλυκτανοειδης* ; et ces trois genres ont été depuis ce médecin admis par la généralité des auteurs. Il semble qu'on puisse légitimement inférer de ce passage que si Galien n'a pas créé le mot en question, il est du moins l'un de ceux qui ont le plus contribué à le mettre en circulation. Mais M. Dauvergne nous apprend

que Celse l'employait plus de 400 ans avant Galien comme expression consacrée : il donne même l'indication du livre, du chapitre, du paragraphe. Or, m'étant reporté au lieu désigné, je n'y trouvai ni le nom, ni la chose. Bien convaincu, comme je le suis encore, qu'il ne s'agissait là que d'une erreur dans l'indication, je feuilletai le volume dans tous les sens, je passai en revue les chapitres, j'interrogeai les tables, mais aucun résultat ne vint couronner mes efforts. Je prie donc mon honorable confrère, s'il croit la chose utile, de vouloir bien marquer d'une manière plus précise encore le passage qui, dans Celse, se rapporte à ἡ ἑρπης ἐσθιομενος.

Du reste, que le terme date de Galien, de Celse, ou même de plus loin encore, ce qui est fort possible, la question me paraît au fond de médiocre importance. En effet, la plupart des mots empruntés au vocabulaire dermatologique des anciens ne représentent plus aujourd'hui le sens, trop souvent fort équivoque, qu'ils avaient à l'origine; et pour ne point sortir de notre sujet, il est fort douteux, par exemple, que ἡ ἑρπης ἐσθιομενος décrit par Galien corresponde exactement à l'esthiomène d'Alibert. *Hæc mala*, dit Lorry commentant Galien, *celeriter admodum sua tempora decurrunt; pruritu acri, sissuris in cute, et inflammatione superficialia facile distinguuntur ab aliis; et, ut levi de causa extinguuntur, levi de causa pariter reviviscunt*. Est-ce bien ainsi que Galien eût parlé de l'esthiomène d'Alibert ou du lupus ulcératif de M. Bazin? Remarquons d'ailleurs que, pour rester fidèle à la tradition, ce n'était point esthiomène qu'il fallait dire, mais dartre esthiomène ou rongeante, comme l'a fait Gibert.

Ceci nous conduit à examiner l'autre argument invoqué par M. Dauvergne contre la dénomination de lupus. « M. Bazin, dit-il, n'éprouve de bonheur de voir adopter le mot bizarre de lupus, à la place de celui d'herpès esthiomène

qui désigne une dartre et sa nature, que parce que l'autre n'exprimant rien, lui permet de mettre la moitié des affections qu'il lui fait représenter, soit dans les scrofulides, soit dans les syphilides. » Laissant de côté, pour le moment, la question doctrinale que cette proposition soulève, je n'hésite pas à déclarer que la supposition faite par mon honorable confrère me paraît de tout point vraisemblable. Oui, c'est bien parce que le mot *lupus* ne précise rien, ne préjuge rien, que M. Bazin lui a donné la préférence. Et la preuve qu'il a sagement agi, c'est que vous entendez ce que ce terme désigne d'une façon, et que je l'entends d'une autre; vous m'assurez que c'est une dartre : je le nie; qui décidera entre nous? La fonction d'un nom, en pareil cas, c'est d'abrégier le discours en exprimant par un seul terme une chose clairement désignée, mais non point de définir cette chose dans sa nature. Or, quand vous dites « dartre rongeante, » vous définissez la nature, vous avancez une proposition contestable, vous affirmez ce qu'il eût fallu d'abord démontrer. Et s'il se trouve que vous avez tort, vous aurez introduit dans la science une dénomination essentiellement vicieuse, puisqu'elle dira une chose et en signifiera une autre. Le mot *lupus* n'a ni d'aussi grandes prétentions, ni d'aussi graves inconvénients; il n'emporte avec lui que l'idée d'une action rongeante, fait indéniable, et qui ne saurait dépendre ni d'une opinion, ni d'un système.

Sans aucun doute, il serait fort désirable que les noms imposés aux maladies nous donnassent en même temps une idée de leur nature et du genre de médication qu'il convient de leur opposer. Mais est-ce bien à M. Bazin que peut être adressé le reproche de rechercher les mots dénués de signification précise! Un coup d'œil jeté sur sa classification dermatologique suffit pour démontrer que nul n'a donné une plus large part à la terminologie basée sur la notion de

nature. Mais peut-être serait-il bon de s'entendre d'abord sur la valeur absolue et relative du mot *nature*, et sur les diverses applications qu'on en peut faire, soit aux maladies elles-mêmes, soit aux affections, tant génériques que spéciales. Les discussions de ce genre ne seront jamais inutiles tant que les questions de séméiotique générale resteront un objet de controverse, tant que la maladie, l'affection, le symptôme, le genre et l'espèce pourront être confondus, tant qu'il sera possible de prendre le lupus pour une dartre, la scrofule pour un état chimico-pathologique de la constitution, et de proclamer bien haut de pareilles hérésies pathologiques.

Je reviendrai sur ce sujet dans un prochain article des *Annales*.

NOTA. — Cet article, écrit depuis plus de quatre mois, était destiné à paraître dans l'avant-dernier fascicule des *Annales*. Remis alors trop tard au bureau du journal, sa publication se trouva retardée jusqu'à ce jour, et il a ainsi perdu l'intérêt que pouvait lui donner l'actualité.

CONSIDÉRATIONS SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE LA PELADE, par le D^r M.-A. HORAND, chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille.

A tous les âges de la médecine, les maladies du cuir chevelu ont été l'objet d'études particulières qui témoignent de leur importance. On les a même pendant longtemps séparées des maladies cutanées des autres régions du corps. Toutefois aujourd'hui il est parfaitement démontré qu'il n'existe pas de maladies cutanées spéciales pour le cuir chevelu et que celles que l'on y rencontre peuvent s'observer sur le corps tout entier. Seulement à la tête, les maladies cutanées revêtent quelques caractères particuliers dus à la présence des cheveux, ainsi qu'à la structure des tissus, et c'est ce que l'on constate, par exemple, pour l'herpès tonsurant comparativement à l'herpès circiné.

Les dénominations que les maladies du cuir chevelu ont reçues tour à tour sont nombreuses, et il serait fastidieux de les rappeler toutes ici. Mais il en est une plus importante que les autres, sur laquelle nous tenons à insister, c'est la dénomination de *teigne*.

Ce mot qui fut employé pour la première fois en 1127 par Étienne d'Antioche servit tout d'abord à désigner une maladie grave du cuir chevelu, d'après l'analogie qui existait entre elle et l'insecte qui ronge et perce les étoffes. Il est impossible d'affirmer quelle était cette maladie, mais on peut supposer avec quelque raison qu'il s'agissait du favus, car c'est la seule qui laisse après elle une alopecie permanente et un tissu cicatriciel, lorsque l'art n'intervient

pas en temps utile. Plus tard, c'est-à-dire à l'époque de Guy de Chauliac, on appela *teignes* toutes les maladies du cuir chevelu et *dartres* les maladies cutanées des autres parties du corps. En qualifiant ainsi de teignes les maladies du cuir chevelu on avait alors l'intention d'indiquer leur ténacité, car on avait abandonné l'étymologie donnée par Étienne d'Antioche et l'on faisait dériver *tinea* de *tenere*, tenir.

Abandonné pendant de nombreuses années le mot *teigne* fut remis en honneur en 1829 par Mahon jeune, qui se livra à une étude toute spéciale des maladies du cuir chevelu. Toutefois, adopté par les uns, rejeté par les autres, il n'a reçu, en réalité, sa véritable signification que depuis les recherches qu'inspira à Bazin la découverte de Gruby.

Bazin, en effet, a établi en principe que désormais il fallait réserver le nom de *teigne* aux maladies du cuir chevelu qui reconnaissent pour cause un *parasite végétal*. Ces recherches, dont la valeur ne peut être mise en doute, constituent un des plus beaux titres de gloire de Bazin et, si le professeur de Saint-Louis n'a pas le mérite d'avoir découvert les parasites végétaux qui sont la cause des teignes, il a celui non moins grand d'avoir propagé cette découverte et d'avoir su en tirer parti pour simplifier l'histoire des maladies du cuir chevelu.

C'est dire, malgré l'opinion contraire de certains auteurs, que parmi ces maladies il en est qui reconnaissent pour cause un parasite végétal, et, comme ce parasite est variable, il en résulte que l'on est conduit à admettre plusieurs espèces de teignes. Pour Bazin, il y en a trois : la *teigne faveuse*, la *teigne tonsurante* et la *teigne pelade* qui répondent chacune à un cryptogame spécial, la première à l'*achorion Schaeleinii*, la seconde au *trichophyton tonsurant*, la troisième au *microsporon Audouini*.

Il n'est plus permis de douter que la teigne faveuse et la teigne tonsurante ne soient produites par les cryptogames que nous venons d'indiquer. Contester à l'égard de ces maladies le rôle capital du parasite, à l'exemple de Cazenave, ou le considérer seulement comme un effet de la maladie, avec Devergie, c'est refuser d'admettre l'évidence, c'est nier les services rendus par le microscope et les progrès de la pathologie cutanée qui en découlent.

Non-seulement, pour nous, le parasite est la cause de ces maladies cutanées, mais encore il résulte, soit des faits cliniques observés chaque jour, soit des recherches expérimentales que nous avons entreprises à ce sujet, dont les unes ont été publiées dans la thèse de Vincens, dont d'autres sont encore inédites, que l'achorion et le trichophyton sont deux parasites différents.

Le favus et l'herpès tonsurant sont donc deux maladies essentiellement parasitaires et justiciables de la dénomination de teignes. Dès lors, on comprend qu'elle soient contagieuses, inoculables, et leur traitement doit reposer tout entier sur la destruction du parasite.

Quant à la pelade, troisième teigne de Bazin, sa nature parasitaire est loin d'être démontrée. Elle est admise par quelques auteurs et contestée par d'autres. De plus, ceux qui croient avec Bazin à l'existence d'un parasite ne sont d'accord ni sur son siège, ni sur ses caractères, ni sur son rôle. Il n'est pas jusqu'à Bazin lui-même qui n'ait tour à tour modifié son opinion au sujet de ce parasite. D'autres enfin, comme Hebra, ont admis l'existence du *microsporon Audouini* à une certaine époque et la nient aujourd'hui. Dès lors, en présence de cette divergence d'opinions, on se trouve très-embarrassé, soit pour instituer le traitement de la pelade, soit lorsqu'il s'agit de se prononcer sur sa contagiosité. Bien souvent cependant, le médecin est consulté sur l'opportunité d'isoler dans une famille un enfant at-

teint de cette maladie, ou il est appelé à statuer sur son admission ou son refus dans une école.

Il est donc important de connaître la nature de la pelade, de savoir, en un mot, si elle est ou non parasitaire et contagieuse. Aussi est-ce à la fois dans le but d'éclairer ce point de l'histoire de cette maladie et d'apprécier son meilleur mode de traitement que nous avons entrepris l'étude qui fait l'objet de ce travail.

I

Nature de la Pelade.

A. — Il n'est pas inutile, croyons-nous, de préciser tout d'abord les caractères de la maladie à laquelle nous donnons le nom de pelade, afin d'éviter toute équivoque.

La pelade est donc caractérisée, pour nous, par une alopecie qui se manifeste sur le cuir chevelu sous forme de plaques ordinairement arrondies, de dimensions variables, dépourvues complètement de cheveux, d'un blanc laiteux, lisses et douces au toucher, tout autour les cheveux ayant conservé leur aspect normal.

C'est l'*area* de Celse, l'*ophiasis* des Grecs, l'*alopécie* de Plenck, Lorry, Rayet, Wilson, Neumann, Hebra ; le *porrigo decalvans* de Willan et Bateman, Gibert, Devergie, Hardy ; le *vittiligo* de Cazenave et Chausit. Bazin lui donné le nom de *pelade*, mot, disent les auteurs, qui servait aux XVI^e et XVII^e siècles à désigner l'alopecie syphilitique, et que nous lui conserverons, car il en donne à priori une idée assez exacte.

Bien que nous n'ayons pas l'intention de faire d'une manière complète l'histoire de la pelade, nous trouvons néanmoins dans son historique des faits tellement impor-

tants pour notre étude, que nous avons cru devoir non-seulement les analyser, mais encore quelquefois les reproduire avec détails.

Nous rattacherons l'histoire de la pelade, relativement à sa nature, à quatre périodes, représentées : la première par Celse, la seconde par Gruby, la troisième par Bazin, la quatrième par Malassez et Courrèges.

Les auteurs qui composent la première période se sont peu occupés de la nature de la pelade. Pour Galien et Alexandre de Tralles, cette alopecie tient, soit à l'absence d'humeur nutritive, soit à des congestions pituiteuses ou mélancoliques. Plenck, Lorry, Bateman, Alibert passent complètement sous silence ce point de l'histoire de cette maladie, et Rayet avoue en ignorer la cause. Si pendant cette première période la nature de la pelade est complètement méconnue, il n'en est pas de même dans la seconde.

En 1839 Schœnlein découvre la nature parasitaire du favus, et à partir de ce moment, l'étude des maladies cutanées entre dans une voie nouvelle, Gruby multiplie ses recherches, et non-seulement il constate l'existence de l'achorion, mais encore en 1842 il annonce que la mentagre contagieuse est due au développement d'un cryptogame qu'il nomme microsporon mentagrophyte (1). L'année suivante, ses recherches sur le porrigo decalvans lui font connaître l'existence d'un parasite auquel il donne le nom de microsporon Audouini; en raison des travaux de cet académicien sur la muscardine, travaux qui ont beaucoup contribué à diriger les esprits sur les plantes parasites qui détruisent les tissus vivants des animaux (2). Enfin, en 1844, il décrit le cryptogame de la teigne tondante (3).

(1) Gruby, comptes rendus de l'Acad. des sciences 1842, t. XV, p. 512.

(2) loc. cit. 1843, t. XVII, p. 301.

(3) loc. cit. 1844, t. XVIII, p. 585.

Mais comme il ne s'agit ici que du microsporon Audouini, c'est de lui seul que nous allons parler.

L'extrait du mémoire de Gruby ayant été inséré dans les comptes rendus de l'Académie des sciences de 1843, nous avons pu le reproduire si non en entier, tout au moins ses principaux passages. « Le porrigo decalvans, dit Gruby, se caractérise, comme on sait, par des plaques arrondies, couvertes d'une *poussière blanche*, de *petites écailles grisâtres* et par la chute des cheveux. En examinant attentivement sous le microscope cette poussière blanche qui couvre la peau dans le porrigo decalvans, on sera étonné de la trouver formée entièrement par des cryptogames. En soumettant au microscope les cheveux provenant d'individus atteints de cette maladie, on y remarque une grande quantité de cryptogames qui les entourent de tous côtés, et leur forment une véritable gaine végétale qui les accompagne depuis leur sortie de la peau jusqu'à une distance de 1 à 3 millimètres. En examinant au microscope cette gaine, on voit sa véritable composition végétale. Les cryptogames en sont admirablement rangés et feutrés pour constituer un tuyau ou gaine végétale solide autour de chaque cheveu. Ces cryptogames sont composés de branches, tiges et sporules. Les branches prennent naissance dans le tissu des cheveux et constituent la couche interne de la gaine, tandis que les sporules forment la couche externe. L'épaisseur de la paroi gaine est égale à $\frac{15}{1000}$ de millimètre de diamètre. Les tiges ont une forme ondulée, elles suivent la direction des fibres des cheveux ; elles sont transparentes, leur diamètre est de $\frac{2}{1000}$ à $\frac{3}{1000}$ de millimètre. Dans leur intérieur elles ne contiennent point de molécules ; elles se bifurquent quelquefois en formant des branches d'un

angle de 30 à 50°. Les tiges et les branches sont du reste du même diamètre.

« Les branches se distinguent des tiges par des sporules qui les accompagnent ; elles se terminent à la surface externe de la gaine et se pressent les unes contre les autres au même niveau ; cependant on en rencontre quelques-unes à la surface des cheveux adhérentes aux branches. Les sporules sont ordinairement rondes, il y en a aussi quelques unes d'ovales ; leur diamètre est de $\frac{4}{1000}$ à $\frac{5}{1000}$ de millimètre.

« Le tissu du poil est altéré par la quantité de microsporon Audouini qui se fixe à sa surface. D'abord, le cheveu devient opaque à l'endroit où les cryptogames sont placés ; sa surface lisse devient rugueuse. L'épithélium qui tapisse la surface des cheveux perd son éclat et sa cohésion ; il tombe peu à peu. *Le tissu des cheveux lui-même devient friable, cassant* ; un tel cheveu casse même par la simple flexion, et de là, partout où les plantes parasites ont envahi le tissu des cheveux, les cheveux tombent peu à peu jusqu'à ce qu'il n'en reste aucune trace. L'endroit où les cheveux sont tombés est d'un blanc grisâtre, parce qu'il y a encore une quantité de cryptogames qui reste à la surface de l'épiderme dont les cellules sont devenues le siège. Les microspores d'Audouini qui constituent la phyto-alopécie (c'est le nom par lequel je propose de dénommer cette affection) ont beaucoup d'analogie avec les cryptogames qui constituent la phyto-mentagre, mais ils se distinguent surtout par le siège. »

La communication de Gruby jetant un jour nouveau sur l'histoire de la pelade, il semble que dès lors les recherches dans ce sens durent se multiplier, à l'exemple de ce qui se fit pour le favus, après la découverte de l'achorion.

Il n'en fut rien, et le mémoire de Gruby paraît même avoir été peu apprécié par ses contemporains. Cazenave et Schedel ne parlent point de la nature parasitaire du vitiligo dans leur ouvrage de 1847, et le considèrent comme une maladie de cause inconnue. Pour Chausit la pelade résulte de ce que la sécrétion de la matière colorante de la peau est ou insuffisante, ou complètement suspendue. On peut donc dire que la nature parasitaire de la pelade mise en lumière par Gruby eut peu d'adhérents jusqu'à Bazin.

En 1853, le professeur de Saint-Louis décrit les teignes achromateuse et décalvante en admettant pour chacune d'elles un parasite particulier, le microsporon Audouini pour la première, et le microsporon decalvans pour la seconde. Pour lui, le microsporon Audouini est la seule cause déterminante de la pelade. « Il est caractérisé par des spores plus petites et moins nombreuses que dans le trichophyton ; les trichomata y sont plus nombreux. La disposition du champignon par rapport à la tige et à la racine du poil est fort remarquable et bien différente de celle du trichophyton. Ainsi, sur la tige les spores forment quelquefois de petits groupes isolés ou affectent une disposition racémiforme. La tige elle-même présente de distance en distance des renflements ou nodosités, sphériques ou ovoïdes, constitués par les fibres longitudinales dilatées et incurvées, au travers desquelles on aperçoit des amas de sporules. Dans les intervalles des renflements le poil ne paraît pas malade (1). »

Bazin indique aussi les caractères du microsporon unguéal, en ayant soin d'ajouter, si tant est qu'il existe. Il est, dit-il, caractérisé sous l'ongle par des points jaunes (2).

(1) Bazin, *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires*, 1862, p. 219.

(2) Bazin, *loc. cit.*, p. 220,

Puis, dans une note additionnelle, il rapporte le fait d'un enfant de 10 à 12 ans, affecté d'une pelade ophiassique depuis trois mois, et dont deux doigts de la main droite offraient une notable altération de l'ongle se rapprochant beaucoup de celle produite par le trichophyton. Toutefois le microscope apprit que les taches étaient formées par le microsporon Audouini, qui se présentait avec une richesse remarquable sur tous les cheveux (1).

Robin partage complètement l'opinion de Bazin et admet que « la cause de la maladie connue sous le nom de porrigo decalvans est le développement d'un végétal particulier autour des cheveux, près de l'épiderme. C'est la présence de ce végétal qui, soit en empruntant à la substance des poils les matériaux nécessaires à son développement, soit en gênant leur nutrition, détermine la friabilité, puis la rupture des cheveux. Mélangé à une certaine quantité de cellules épithéliales, il constitue les plaques ou croûtes d'un gris blanchâtre qui recouvrent les parties du cuir chevelu dont les poils se sont brisés. » Toutefois, Robin avoue que ce végétal n'a été étudié que par Gruby, et, quant à lui, il a pu vérifier sur un cas offert par un enfant l'exactitude d'une partie des faits publiés par cet auteur (2).

Malgré ce puissant appui, Bazin dès 1858 modifie sa manière de voir. Il reconnaît que les différences microscopiques et cliniques entre les teignes achromateuse et décalvante ne sont pas aussi accusées qu'il l'a cru tout d'abord, d'autant plus qu'il a observé plusieurs fois les deux espèces de champignons sur une même tête. Aussi, de ces deux teignes n'en fait-il plus qu'une seule, et il lui donne le

(1) Bazin, *loc. cit.*, p. 222.

(2) Robin, *Histoire naturelle des végétaux parasites*, 1853, p. 429.

nom de pelade, en lui assignant pour cause déterminante le microsporon Audouini (1).

Un changement si prompt ne pouvait moins faire que de laisser planer le doute dans l'esprit des spécialistes de l'époque; aussi les opinions restèrent-elles partagées à l'égard de la nature parasitaire de la pelade.

Ainsi Rollet constate avoir cherché bien des fois le parasite de la pelade et toujours sans succès (2). Gintrac pense que le porrigo decalvans est très-probablement contagieux et dû à l'action d'un parasite, mais dont l'espèce ne peut être encore déterminée (3). Caillault accepte tout à fait les idées de Bazin (4). Gibert avoue « n'avoir jamais pu découvrir le mycoderme dans et autour des poils qui avoisinent la plaque dénudée dans le porrigo decalvans ou teigne tondante », et il émet des doutes sur l'identité de cette teigne et de la teigne tonsurante (5).

Duchesne-Duparc, qui décrit la pelade sous le nom de porrigne décalvante, la considère comme étant parasitaire et le résultat du même cryptogame que la porrigne tonsurante. Ces deux affections constituent suivant lui deux variétés de la même maladie, la porrigne décalvante représentant le premier degré, le champignon étant peu abondant. Enfin, parmi les complications de la porrigne décalvante, se trouve, dit cet auteur, l'herpès circiné qui parfois précède, et plus fréquemment encore suit l'invasion de la porrigne (6).

(1) Bazin, *loc. cit.*

(2) Rollet, *Annuaire syphilitique et cutané*, 1859, p. 342.

(3) Gintrac, *Cour de clinique et de pathologie interne*, 1859, t. V.

(4) Caillault, *Traité pratique des maladies de la peau chez les enfants*, 1859.

(5) Gibert, *Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis*, t. I, p. 338.

(6) Duchesne-Duparc, *Traité pratique des dermatoses*, 1862.

Devergie, sans nier l'existence du microsporon Audouini, déclare ne l'avoir pas trouvé, et de plus, dit-il, dans un des cas, Robin ne fut pas plus heureux. Cet auteur insiste sur l'altération du bulbe du poil, altération qui consiste en ce que le bulbe s'enlève le plus souvent sans ses membranes, et de plus est très-sensiblement atrophié (1).

Hardy admet sans conteste l'opinion de Bazin (2).

Mais comme s'il eût voulu à dessein ruiner la théorie parasitaire de la pelade qui commençait à avoir quelques partisans, Bazin abandonne, en 1873, l'opinion qu'il a émise en 1858. « Des recherches récentes, dit-il, ne me permettent pas de conserver à la pelade proprement dite toute l'étendue du domaine que je lui avais assigné. Je me suis de nouveau convaincu, comme je l'étais en 1853, que les deux formes d'alopecie qui la composent, si différentes par leurs caractères cliniques ne le sont pas moins par leurs caractères microscopiques, et que si la teigne achromateuse ou pelade vraie est bien, en réalité, produite par le microsporon Audouini, la teigne décalvante n'est pas autre chose dans un grand nombre de cas qu'une variété, une suite ou, pour employer l'expression de Gibert, l'une des phases les plus avancées de la teigne furfuracée ou tonsurante. Il y a mieux, c'est que toutes les teignes décalvantes doivent être rattachées, comme de simples variétés, à la teigne tonsurante..... Je reviens donc en définitive à l'opinion que j'avais d'abord émise en 1853, mais avec cette différence, qu'au lieu d'un microsporon decalvans nous nous trouvons avoir affaire à un trichophyton decalvans » (3). L'année suivante, à la Société de chirurgie, Vidal déclare n'avoir jamais pu découvrir le microsporon Audouini ;

(1) Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau*, 1863.

(2) Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*, 1863.

(3) Bazin, *Dictionnaire de Dechambre* p. 611, article *Microsporon*.

Bergeron avoue qu'une seule fois, il y a 10 ans, il a été assez heureux pour rencontrer le microsporon Audouini, qui est certes beaucoup plus rare qu'on ne le dit. Lailler constate qu'il a cherché le parasite pendant 8 ans, sans pouvoir le trouver. C'est dans la poussière fine du cuir chevelu situé dans le voisinage des plaques où sont implantés les cheveux mal nourris de la pelade qu'il a observé ce champignon, qui existe partout, sauf dans le cheveu malade (1).

L'opinion de Lailler, bien différente de celle de Gruby et de Bazin, est exposée et soutenue dans divers travaux publiés en 1874 soit par Malassez, soit par Courrèges. Pour eux, la pelade est de nature parasitaire, mais ils ne la rangent point à côté du favus ou de l'herpès tonsurant, parce que les poils dans la pelade ne présentent pas la moindre altération cryptogamique. La chute des poils et l'achromie sont dues à un vice de nutrition qui est tout entier sous la dépendance d'une cause toute locale, le végétal parasite. Quant à ce champignon, uniquement constitué par des spores sphériques très-petites variant de 0^m,001 à 0^m,004 de diamètre, il habite, suivant eux, sur la surface et entre les lames de l'épiderme (2).

Mais tandis qu'en France on cherche à faire de la pelade une maladie parasitaire, à l'étranger on a depuis longtemps renoncé à cette opinion. Wilson, en 1837, considérait déjà cette alopecie comme le résultat d'une atrophie du follicule pileux, et déclarait que la théorie parasitaire est une insanité et l'existence du microsporon Audouini une absurdité. Pardon est non moins explicite, et il admet que la teigne décalvante est une maladie d'origine non parasitaire, car il n'a jamais été capable de découvrir le microsporon

(1) *Union médicale*, 1874 p. 402.

(2) Courrèges, *Etude sur la pelade*, 1874.

Audouini, et il ajoute que la dernière théorie est que l'alopecie est due à l'atrophie des bulbes pileux, par suite d'un affaiblissement de l'influence nerveuse qui s'oppose à leur nutrition (1). On trouve dans ce même journal la relation d'une observation d'alopecie areata chez un jeune homme de 30 ans, avec absence de parasite, et due à une paralysie du flux nerveux déterminant un arrêt de nutrition, et consécutivement la chute des cheveux. Durhing considère l'alopecie areata comme non parasitaire. En Amérique, Dyce-Duckworth préconise, comme moyen de diagnostic de la teigne tonsurante et de la pelade, le chloroforme, et conclut de ce que la réaction fait défaut dans le porrigo decalvans à l'absence de parasite.

A Vienne, Hebra, qui en 1858 admettait que l'alopecie areata était parasitaire et due au microsporon Audouini, considère actuellement cette maladie comme produite par une lésion de l'influx nerveux qui se traduit par un trouble de nutrition (trophonévrose) dans la formation et la reproduction des cheveux (2).

Enfin Neumann a traité vingt cas de cette maladie, et, bien qu'il ait examiné avec soin les cheveux, il n'a jamais pu découvrir aucun champignon; aussi admet-il qu'elle n'est pas parasitaire (3).

En résumé, il ressort de l'examen des diverses opinions qui ont été émises sur la nature de la pelade, que les dermatologistes peuvent se partager en deux camps: les uns admettent que cette maladie n'est point la conséquence d'un parasite végétal, les autres la rattachent à l'existence d'un cryptogame, mais ils lui assignent des caractères différents.

(1) *Journal of cutaneous medicine and diseases of the skin*, edited by Purdon, sept. 1870.

(2) Hebra, *Traité des maladies de la peau*, traduit par Doyen.

(3) Neumann, *Text-Book of skin diseases*, 1871.

Ce sont les raisons qui peuvent militer en faveur de l'une ou de l'autre de ces deux opinions que nous allons essayer de mettre en évidence dans les pages suivantes.

B. — La pelade est-elle une maladie parasitaire ?

Les maladies parasitaires ont pour caractère essentiel d'être contagieuses et inoculables. C'est ainsi que l'on voit, chaque jour, le favus et l'herpès tonsurant se transmettre dans les écoles, par le fait du changement de coiffures pendant les récréations, par le transfert de spores d'une tête sur une autre par un courant d'air, etc. On sait aussi que ces deux maladies peuvent être contractées au contact de certains animaux, et, plus particulièrement, du rat et du chat, pour le favus; du bœuf, du cheval et du chien, pour l'herpès tonsurant. Il résulte également des expériences nombreuses qui ont été faites, soit sur l'homme, soit sur les animaux, dans ces dernières années, que les deux teignes sont susceptibles d'être transmises par inoculation. L'école lyonnaise a contribué pour une très-large part à cette découverte. Saint-Cyr, R. Tripier et Gigard n'ont-ils pas, en effet, démontré que le favus pouvait s'inoculer du rat au chat et à l'homme. Nous-même, nous sommes arrivé à établir, d'une manière indéniable, l'inoculabilité de l'herpès tonsurant de l'homme au chat et au chien, ainsi que cela ressort de nos expériences reproduites dans la thèse de notre interne Vincens, et dont l'une d'elles a été soumise à la juste appréciation soit de Lailler, soit des membres de la Société des sciences médicales de Lyon.

En est-il de même de la pelade, c'est-à-dire cette maladie est-elle contagieuse et inoculable ?

A l'égard de sa contagion les auteurs sont divisés : Cazenave, Schedel, Chausit, Hebra la nient ; Gintrac, Gibert, Bazin, Devergie, Hardy, Lailler, Courrèges l'admettent. On conçoit que les dermatologistes qui la considèrent comme étant de nature parasitaire la croient contagieuse ;

mais on s'explique difficilement que cette opinion soit partagée par ceux, tels que Gibert et Devergie, pour qui la cause de la pelade ne se rattache point à l'existence d'un parasite. Aussi avons nous été conduit à analyser les observations sur lesquelles ils s'appuient pour émettre une semblable opinion.

Gibert cite d'abord le fait publié en 1829 par le docteur Hameau, et duquel il résulte, pour lui, que le porrigo decalvans peut se transmettre du cuir chevelu à la barbe (1). Or, dans ce cas, il s'agit d'un homme, très-pauvre et très-sale, « ayant les cheveux représentant des mèches d'inégale longueur, comme si on les eût gaspillés à dessein avec des ciseaux. » Cet homme fut touché par le docteur Hameau, et, huit jours après, ce médecin s'aperçut de l'existence au menton d'une plaque grande comme une pièce de dix sous, entièrement dépilée et d'un blanc de lait, qui avait été précédée d'une douleur assez vive. Mais il est impossible d'admettre l'existence d'un porrigo decalvans chez ce malade, dont la maladie du cuir chevelu consistait en cheveux distribués par mèches d'inégale longueur, car tels ne sont pas ses caractères. Dès lors, ce fait ne peut servir à démontrer la contagion du porrigo decalvans.

Gibert rapporte aussi l'observation de Gillette, communiquée en 1839 à la Société médicale d'émulation (2). Il s'agit de 8 enfants d'un collège de la capitale, qui ont eu successivement la tête dépouillée dans une largeur de 3 centimètres, quinze jours après l'arrivée d'un élève de 12 à 13 ans, porteur d'une plaque dégarnie de cheveux en avant de l'oreille. Chez les six derniers on ne remarqua que de la blancheur du cuir chevelu. Le premier avait quelques pustules éparses d'impétigo ; le second offrait un

(1) Gibert, *loc. cit.* t. I, p. 277.

(2) Gibert, *loc. cit.* t. I, p. 334.

peu de desquamation furfuracée, mêlée aux cheveux environnants. Il est difficile de préciser la maladie du premier de ces enfants, à cause de la présence de l'impétigo, mais, chez le second, cette desquamation furfuracée semble indiquer que tous ont été atteints de fausse pelade, c'est-à-dire de cette alopecie que l'on constate chez certains enfants affectés d'herpès tonsurant. Nous en avons observé un exemple dont le dessin figure dans l'album de l'Antiquaille. L'enfant présentait, à la fois, une plaque d'herpès circonscrit sur le cou, plusieurs plaques d'herpès tonsurant sur le cuir chevelu et une alopecie de la région pariétale simulante, à s'y méprendre, la pelade. Gibert cite également l'observation d'un enfant sur lequel se trouvaient réunis la teigne tonsurante herpétique, le porrigo decalvans, et l'herpès circonscrit (1).— Cet auteur signale aussi la transmission du porrigo decalvans à plusieurs enfants dans un pensionnat. Mais les caractères de la maladie que portait l'un d'eux, qui fut examiné par Gibert, prouvent qu'il s'agissait de l'herpès tonsurant et non de la pelade. En effet, sur cet enfant, il existait au-dessus et un peu en arrière de l'oreille, une place de la largeur d'une pièce de cinq francs au plus, dépouillée de cheveux et recouverte de petites écailles grisâtres, assez épaisses et comme très-légèrement croûteuses. Ce sont là bien nettement les caractères de l'herpès tonsurant. Il en est de même d'un autre cas dû encore à Gibert, où le frère et la sœur contractèrent l'un de l'autre une sorte d'alopecie furfuracée.

Un fait plus difficile à expliquer, mais duquel nous n'oserions toutefois avec Courrèges conclure que la pelade est contagieuse, est celui rapporté par Lailler (2). Dans cette observation, il s'agit d'une jeune fille qui, s'étant servie

(1) Gibert, *loc. cit.* t. I, p. 337.

(2) Courrèges, *loc. cit.* p. 34.

d'un peigne d'une amie portant à la tête deux places dénuées de cheveux, fut atteinte de la même affection. Elle guérit, par suite d'un traitement, en trois mois. Trois ans plus tard, elle se retrouve avec la même personne encore malade; elle la peigne, et, bien qu'elle ne se serve pas des mêmes instruments de toilette, au bout de peu de temps, deux plaques d'un blanc laiteux se forment sur sa tête. Nous dirons d'abord que ce cas est raconté un peu brièvement, et ensuite qu'il paraît bien extraordinaire que la pelade soit contagieuse au point de se transmettre par le fait seul de peigner une personne, sans se servir des mêmes instruments de toilette.

Courrèges croit pouvoir admettre la contagion de la pelade d'après son observation IV, intitulée : Pelade achromateuse récidivée au bout de 4 ans chez une femme et transmise à son enfant de 6 ans. Cette conclusion est-elle exacte? nous ne le pensons pas. Nous croyons, en effet, que la mère a eu une pelade, et nous sommes conduits à affirmer que son enfant a été affecté d'un herpès tonsurant qu'il a contracté ailleurs qu'au contact de sa mère. En effet, au pourtour de la plaque, chez l'enfant, il existait des squames, ce que l'on ne rencontre pas dans la pelade, et de plus ces squames renfermaient des spores, assez petites pour la plupart, disposées par groupes nombreux, presque en nappes. Ce sont bien là les caractères des spores du trichophyton.

Nous regrettons encore de dire ici que les observations IX et X ne sont point faites pour nous convaincre de la contagion de la pelade, car elles manquent de précision, et les malades, lorsqu'ils ont été observés, étaient affectés depuis plus d'un an et avaient subi des traitements.

Nous trouvons donc un peu préconçues, et ne découlant point des faits cités, les conclusions de Courrèges, à savoir que la transmission de la pelade peut se faire de trois ma-

nières : 1° par l'air ; 2° par contact médiat ; 3° par contact immédiat. Il nous paraît même aller beaucoup trop loin lorsqu'il ajoute que le plus souvent l'air est le véhicule des spores de microsporon, qu'il transporte de la même façon que les spores des cryptogames parasites qui vivent sur des végétaux d'une organisation plus élevée.

Enfin, en faveur de la contagion de la pelade, on a cité des cas où plusieurs membres d'une même famille avaient été atteints de cette maladie successivement ou en même temps ; mais ces faits peuvent s'expliquer aussi bien par une prédisposition héréditaire ou par l'influence de la même cause, que par la contagion.

Pour nous, la pelade n'est nullement contagieuse, car nous avons eu bien des fois l'occasion de traiter dans notre service des enfants atteints de pelade, et, quoique leur séjour au milieu d'autres enfants ait été longtemps prolongé, nous n'avons jamais vu cette maladie se communiquer à la manière du favus ou de l'herpès tonsurant. Aussi, ne nous a-t-il pas paru nécessaire de les isoler, ainsi qu'on le fait pour les enfants atteints des deux teignes précédentes, mais surtout de la seconde. Bien plus, il nous est arrivé de donner des soins à un enfant atteint de pelade qui couchait régulièrement avec son frère et que l'on peignait avec le même peigne, sans qu'il l'eût jamais contagionné. Il s'agissait bien dans ce cas d'une pelade ; car, non-seulement tel fut notre diagnostic, mais encore celui de Lailler, à qui nous avons montré ce petit malade.

La pelade est-elle inoculable ?

Bazin, tout en admettant que la pelade peut se transmettre comme les autres teignes, de quatre manières : par l'air, par le contact médiat, par le contact immédiat, enfin par l'inoculation, avoue cependant que l'inoculation n'a pas encore été pratiquée (1).

1) Bazin, *loc. cit.*, p., 220.

Une semblable lacune dans l'histoire de cette maladie ne pouvait exister plus longtemps, et nous n'avons pu résister au désir de connaître le résultat de cette expérience. Cette inoculation devait être tentée sans danger, car il y avait lieu de supposer à l'avance qu'elle serait négative. C'est, en effet, ce qui est arrivé. Nous avons tout d'abord inoculé la pelade à de jeunes chiens, et cela de la même manière que l'herpès tonsurant, c'est-à-dire en rasant préalablement la surface d'inoculation, en l'humectant et en frictionnant ensuite avec la poussière épidermique obtenue en râclant une plaque de pelade non traitée, enfin en laissant à demeure cette poussière. Ces inoculations n'ont donné lieu à aucune lésion locale. Autorisé par ces insuccès, nous avons tenté une inoculation sur un jeune enfant, et cela de la même manière. Cette inoculation a été également négative.

Nous nous croyons donc en mesure de pouvoir affirmer que la pelade n'est ni contagieuse, ni inoculable.

(A suivre.)

III.

MÉMOIRE SUR LES AFFECTIONS SYPHILITQUES PRÉCOCES DES CENTRES NERVEUX, par Charles MAURIAC, médecin à l'hôpital du Midi.

(Suite.)

OBSERVATION VII (1).

Chancre infectant contracté le 13 décembre 1871. — Deux mois après, en février 1872, accidents consécutifs légers et superficiels. Altération de la santé générale, moral très-affecté, pressentiments sinistres. Traitement spécifique institué dès le début du chancre.

Au 4^e mois 1/2 de la contamination, aggravation des troubles psychiques, qui deviennent décidément morbides.

Au 5^e mois, névralgie faciale et violente du côté droit : guérison au bout de 10 jours : puis ulcérations spécifiques à l'isthme du gosier, guéries en 15 jours. Persistance des troubles psychiques.

Au 6^e mois de la contamination, 2^e attaque de céphalée névralgiforme siégeant à gauche. Insomnie. Symptômes d'un ramollissement cérébral, embarras de la parole, affaiblissement de la mémoire.

Au 7^e mois de la contamination, attaque brusque d'aphasie et d'hémiplégie incomplète. Dès le 6^e jour de l'attaque, amélioration. Elle continue en présentant des alternatives fréquentes, mais elle est lente, et au 5^e mois de l'aphasie la guérison n'était pas complète.

(1) Le sommaire de l'observation VII ayant été omis dans le dernier numéro, nous l'insérons ici. Sa place est page 375.

Au 14^e mois de la contamination, 2^e attaque d'encéphalopathie précédée pendant 8 ou 10 jours de douleurs crâniennes occipito-pariétales à gauche. Elle est constituée par des phénomènes de congestions encéphaliques qui se reproduisent plusieurs fois et donnent à l'affection la physiologie du ramollissement cérébral.

Au 18^e mois de la contamination, 3^e attaque d'encéphalopathie. Troubles de la vue, diplopie tenant à un défaut d'accommodation de l'œil gauche. Phénomènes de collapsus et d'excitation dans les fonctions cérébrales. Aphasie, hémiplegie droite de plus en plus prononcées. Cette 3^e attaque est constituée par une série de crises entrecoupées d'intermittences plus ou moins longues. Troubles psychiques plus accusés que dans les crises antérieures : Perte de la mémoire. Insomnie. Idées délirantes alternant avec des phénomènes de ramollissement. Diminution progressive des accidents cérébraux. La 9^e attaque dure 4 mois. Guérison incomplète.

II

11 février 1873, (14^e mois de la contamination). — C'est au milieu de cet état de santé, relativement bon, que le malade fut surpris par une deuxième attaque d'encéphalopathie. Elle avait été annoncée cependant par quelques phénomènes précurseurs, qui commencèrent à être ressentis vers le 3 ou 4 février, tels que tristesse, lassitude générale, inappétence, insomnie et douleurs de tête. Ces douleurs augmentèrent peu à peu d'intensité ; elles occupaient principalement le côté gauche de la tête, où elles avaient deux foyers : l'un occipital, l'autre temporo-pariétal. Elles étaient accompagnées d'éblouissements, de vertiges, d'obnubilations.

Le 9 février, après avoir déjeuné, le malade fut pris tout

à coup d'envies de vomir, envies irrésistibles qui le forcèrent à rejeter tous ses aliments dans la rue. Ces vomissements, non précédés de longues nausées, se reproduisirent dans la journée et le soir. La nuit fut mauvaise, agitée, sans sommeil. Les jambes devinrent faibles et vacillantes, la parole perdit de sa netteté, et les facultés intellectuelles prirent rapidement cette tournure particulière propre au ramollissement, qu'elles avaient présentée lors de la première attaque. Pendant toute la journée il y eut des vomissements continuels, et tous les autres phénomènes s'aggravèrent considérablement.

Quand je vis le malade, à 11 heures du soir, je constatai l'état suivant : Grande prostration, physionomie égarée, déviation des traits vers le côté gauche, très-sensible. Douleurs occipitales et temporo-pariétales à gauche. Vomissements avec sensation de gêne, de pesanteur, de constriction dans la région des hypochondres et de l'épigastre et vers la partie postérieure et inférieure du sternum. Faiblesse musculaire à peu près égale partout. Ni contraction, ni convulsions, ni déviation des yeux. Embarras de la parole. Idées assez nettes. Moral très-abattu. Je prescrivis une potion calmante et de l'eau de seltz pour arrêter les vomissements et procurer un peu de sommeil.

La nuit fut assez calme, et le 11 février, à six heures, je trouvai le malade dans une situation meilleure que la veille. Les vomissements ne s'étaient pas reproduits. J'essayai de le faire marcher ; mais à peine lui fut-il possible de faire quelques pas, tant il y avait de trouble dans la coordination des mouvements, de faiblesse réelle dans les extrémités inférieures, et de tendance vertigineuse dans la tête. Il existait des douleurs le long du bras droit, se propageant dans les doigts de la main, surtout dans l'indicateur et le médius ; et la peau de ce membre, quoiqu'ayant comme

celle de tout le reste du corps conservé sa sensibilité au toucher et à la douleur, était devenue le siège d'une sensation prurigineuse assez vive. La force musculaire de ce bras était moindre que celle du côté opposé. Je ne constatai point de pareils phénomènes dans le membre inférieur droit. La déviation de la bouche à gauche était plus prononcée que la veille ; mais cependant la physionomie, dans son ensemble, était meilleure et le moral s'était un peu relevé. La parole semblait plus nette. Le malade rendait bien compte de son état. Je prescrivis un peu de nourriture et je fis continuer les calmants avant de recourir aux spécifiques.

Le 12, l'état du malade était beaucoup plus satisfaisant encore que la veille. Bouche moins déviée ; plus de vomissements ; mange un peu. Je lui prescrivis un traitement mixte dans lequel l'iodure de potassium est porté à la dose de 4 grammes par jour. La démarche est titubante ; mais le moral s'est beaucoup relevé, et le malade se sentait infiniment mieux est presque gai. Il éprouve toujours les douleurs crâniennes gauches et de plus des sensations étranges dans l'intérieur de la tête qui lui indiquent bien, dit-il, qu'il est toujours dans l'imminence d'une attaque d'encéphalopathie syphilitique. Insomnie.

Le 14 février (4^e jour de la deuxième attaque), le malade est debout, habillé, prêt à sortir. Il boite un peu et ne peut pas se tenir, sans appui, sur la jambe droite seule, tandis que cela lui est facile sur la gauche. La bouche est toujours un peu déviée et la parole plus embarrassée qu'avant cette dernière attaque. En rappelant ses souvenirs, le malade croit avoir remarqué, depuis près d'un mois, du changement dans son état général et quelques phénomènes cérébraux précurseurs, lui annonçant un retour des troubles passés. Toujours insomnie opiniâtre. Un peu d'appétit.

Le 5 mars, (23^e jour de la deuxième attaque), le traitement, composé d'une cuillerée à bouche, matin et soir, de sirop de bi-iodure fortement ioduré, a procuré une amélioration rapide; cependant la santé n'est pas revenue ce qu'elle était avant cette dernière attaque. Depuis 10 jours que le malade a cessé son sirop, il ressent quelques douleurs de tête; sa démarche est parfois incertaine, chancelante; il éprouve surtout un affaiblissement très-notable de la mémoire, et l'embarras de la parole est plus prononcé, enfin il a très-peu d'érections. Je le trouve moralement affaibli, quoiqu'il n'existe aucune lésion notable de la sensibilité, des sens ou du mouvement. Je prescriis de nouveau le sirop ioduré et de l'arséniate de soude.

Le 21 mars 1873 (39^e jour de la 2^e attaque), le malade se plaint d'éprouver des douleurs lancinantes cruelles dans tous les points du crâne. Les nuits surtout sont mauvaises et il dort très-peu. — Le bras droit s'est un peu affaibli depuis quelques jours. L'embarras de la parole, le bégaiement sont beaucoup plus prononcés. L'état moral et intellectuel est moins bon. — Digestions pénibles, inappétence. Je fais reprendre l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour.

Le 2 mai (17^e mois de la contamination, 52^e jour de la 2^e attaque). Depuis le 21 mars, il y a eu plusieurs alternatives de mieux et de plus mal. Toutefois, malgré le traitement, qui a consisté en quelques préparations hydrargyriques prises à petites doses, et en iodure de potassium à la dose de 4 à 5 grammes par jour, l'encéphalopathie s'est progressivement aggravée. — Maux de tête incessants avec élancements d'un côté à l'autre et d'avant en arrière. — Embarras de la parole. — Titubation, etc., etc.

Depuis trois ou quatre jours la situation menace de devenir plus sérieuse encore. Ainsi la mémoire diminue et

l'embarras de la parole est beaucoup plus accentué que les jours passés. — Hier soir, à huit heures, la vue s'est tellement affaiblie que le malade a eu de la peine à rentrer chez lui. — La nuit a été affreuse : insomnie absolue, douleurs cruelles continues et exacerbantes, principalement dans la tempe droite.

Aujourd'hui, grande dépression morale. Idées de suicide. Pleurs. Lamentations. — Agitation ; figure bouleversée. — Incurvation en avant de la colonne vertébrale. Titubation, sans faiblesse musculaire prononcée à droite. Embarras de la parole très-considérable et oubli de mots dans le cours de la conversation. Inappétence. Obnubilation. Maladresse des mains. Perte de la mémoire. Conscience trop claire de son état. Inutilité des médicaments. Pupilles mobiles. (Iod. de potassium, 6 gr. et 0,02 c. de deutochlorure d'hydrargyre.

VII

La persistance de quelques-uns des phénomènes de la première attaque pouvait faire prévoir qu'une seconde ne tarderait pas à se produire ; et c'est en effet ce qui eut lieu. Au 14^e mois de la contamination, au 7^e de la première détermination syphilitique sur le cerveau, après quelques jours de troubles prodromiques, parmi lesquels la céphalalgie et l'insomnie dominèrent comme c'est l'habitude, le malade éprouva tout à coup les symptômes d'une congestion cérébrale : vomissements répétés, faiblesse générale du système musculaire, embarras de la parole, troubles des facultés psychiques, etc.

Au milieu de cette perturbation de toutes les fonctions nerveuses, s'accusèrent peu à peu la déviation des traits de la face à gauche, l'aphasie, la parésie des membres supé-

rieurs et inférieurs du côté droit, c'est-à-dire les accidents propres à la première attaque. Il survint donc simultanément deux ordres de troubles nerveux : les uns diffus résultant de l'envahissement de toute la masse encéphalique par le raptus hyperhémique; les autres localisés et consécutifs à une aggravation des lésions primitives, à un réveil de l'activité morbide dans l'ancien foyer imparfaitement éteint.

Les premiers se dissipèrent assez vite; les seconds résistèrent un peu plus longtemps. Ils présentèrent souvent des alternatives de mieux et de plus mal; et il survint même des crises congestives qui, sans offrir beaucoup de gravité, épuisèrent l'innervation, et jetèrent le malade dans un état psychique de plus en plus fâcheux, de telle sorte qu'au 52^e jour de cette deuxième attaque il présentait sous une forme très-accusée presque tous les symptômes du ramollissement cérébral.

Cependant vers les premiers jours de mai, la santé de M. X. s'était un peu améliorée; il fit un long voyage de 25 jours sans éprouver d'accidents notables, sauf l'insomnie opiniâtre et les douleurs dans les membres paralysés. Tout traitement fut cessé pendant un mois.

Revenu à Paris le 6 juin, il a commencé à éprouver quelques élancements dans la tête, des obnubilations, des vertiges, de l'incertitude dans la marche, de l'embarras de la parole, quelques douleurs fugaces dans le côté droit, etc.

Le 8 juin, (18^e mois de la contamination), il fut pris vers minuit d'une sorte d'indigestion, et il vomit pendant 12 heures. Ses idées étaient incohérentes, il avait même parfois comme du délire. — C'était une troisième attaque d'encéphalopathie.

Quand je le vis vers le 9 au soir, il était plus calme :

Figure encore décomposée, grand embarras de la parole ; maux de tête, insomnie.

L'impuissance est complète. Démoralisation profonde, idées de suicide, etc.

Le 11 juin, M. X... est dans un état de collapsus cérébral beaucoup plus grand encore que l'avant-veille : Il parle très-difficilement et souvent s'arrête court au milieu des phrases parce que les mots ne lui viennent pas. La mémoire est visiblement affaiblie. Il se lamente sur son sort et présente le spectacle moral le plus affligeant qu'il soit donné de voir, car il a conscience de la gravité des accidents qu'il éprouve. Un de ceux qui l'inquiètent le plus maintenant, c'est le trouble de la vue qui s'est produit depuis 3 ou 4 jours ; il a des phosphènes dans les deux yeux, des brouillards, des défauts d'accommodation, etc. Cependant les milieux de l'œil sont normaux. Il lui semble que sa tête est vide et qu'il se passe en elle d'étranges phénomènes. La boîte crânienne est assaillie dans tous les sens par des douleurs lancinantes qui se propagent aussi vers le cou, dans les bras, surtout le droit, qui est toujours affaibli. — La déviation buccale est peu marquée. — Sensations douloureuses dans les articulations des doigts de la main droite sans changement matériel appréciable. Démarche très-incertaine. Insomnie opiniâtre. Affaissement général. Incurvation en avant. Idées bizarres. Tendances au suicide. Les vomissements ne sont pas revenus. Je prescris 8 grammes d'iodure de potassium.

14 juin, (6^e jour de la 3^e attaque). Les troubles de la vue sont beaucoup plus prononcés : le malade craint de devenir aveugle ; souvent les objets lui paraissent doubles ; quelquefois il n'en voit que la moitié, ou une partie encore moins considérable. — Il y a du reste dans ces accidents, comme dans tous les autres, des oscillations considérables,

des alternatives fréquentes de mieux et de plus mal.

Le malade se sent mieux depuis qu'il prend l'iodure ; sa parole est moins embarrassée, sa physionomie meilleure, sa démarche plus assurée, son moral moins abattu. La dose de 8 grammes est bien tolérée.

21 juin. — Un peu d'amélioration. — Langue moins embarrassée. Troubles de la vision : brouillard, vue partielle des objets. Quelques érections suivies d'éjaculation rapide.

VIII.

Dans les premiers jours de juillet, (25^e jour de la 3^e attaque), l'état de M. X. est devenu beaucoup plus grave. Les troubles de la vue ont augmenté au point d'empêcher la lecture ; les objets ne sont vus que partiellement ; quelquefois l'œil gauche paraît immobile. Il existe toujours une sorte de voile devant les yeux. Le malade est allé consulter le Dr Wecker qui constata, le 2 juillet, une absence complète de lésions du côté des nerfs optiques et des milieux de l'œil. Il lui sembla qu'il y avait une paralysie transitoire musculaire de l'œil gauche ; mais, au moment de l'examen, il ne put rien préciser, car il n'existait aucune diplopie et toute paralysie avait alors disparu. Il redoutait que la paralysie ne se reproduisît et ne s'établît d'une façon définitive en se localisant sur un ou plusieurs des nerfs moteurs des yeux.

Les troubles de la vue présentent comme tous les autres phénomènes des intermittences qui se renouvellent plusieurs fois dans les vingt-quatre heures et sont extrêmement tranchées.

Les autres phénomènes se rapportant à l'encéphalopathie

sypilitique ont subi à l'époque dont je parle une aggravation inquiétante et progressive quoique par soubresauts.

Ainsi le malade étant venu me consulter le 5 juillet, je fus frappé de voir qu'il allait beaucoup plus mal que 4 ou 5 jours auparavant ; la parole était encore très-embarrassée quoique compréhensible ; tout le côté droit était faible, et la bouche présentait au côté gauche une déviation beaucoup plus prononcée que d'habitude ; la vue était trouble, la démarche chancelante, la physionomie altérée, le moral affaibli avec un certain degré d'agitation et de l'incohérence des idées. J'explorai, comme je l'avais déjà fait plusieurs fois, l'état de la contractilité des moteurs oculaires, et je ne constatai rien d'anormal. — Les pupilles étaient égales et immobiles. — Étourdissements, vertiges. Comme traitement, le malade prenait de l'iodure de potassium à la dose de 4 ou 5 grammes.

Le lendemain, (6 juillet, 28^e jour de la 3^e attaque, 19^e mois de la contamination), la situation ne se modifia pas beaucoup.

Le 7, elle était plus mauvaise. Quand le malade vint me consulter, j'eus de la peine à le comprendre ; il pouvait à peine se tenir et n'avait pu venir qu'en voiture. Le soir, les personnes qui l'entouraient me firent appeler auprès de lui.

Tous les phénomènes de paralysie avaient augmenté ; les idées étaient incohérentes ; la parole ne pouvait plus être comprise ; malgré les efforts du malade pour prononcer les mots, on n'entendait que des sons inarticulés, sans signification. Le moral était dans un état déplorable et aussi bas qu'un an auparavant, lors de l'invasion de cette grave encéphalopathie. Il y avait évidemment une sorte de divagation et de délire qui rendait jusqu'à un certain point le malade inconscient de ses actes. Il cherchait constamment à se lever

et il était difficile de le maintenir au lit. — Pas de fièvre ; — appétit.

Ce qui avait effrayé surtout les personnes qui le veillaient, c'est qu'à leur arrivée la paupière gauche ne pouvait pas rester soulevée et retombait inerte sur le globe oculaire immobile. — Une heure après, quand je visitai le malade, ce phénomène avait disparu. Les yeux étaient hagards et ne voyaient pas, mais ils ne présentaient pas de déviation.

Le 10, au matin, je trouvai du mieux. La parole beaucoup moins embarrassée ; le malade exprime d'une façon compréhensible et sans trop d'embarras des idées raisonnables ; il est un peu gai. La veille, il a bien dîné ; la nuit a été bonne. Je lui prescrivis 6 grammes d'iodure de potassium.

12 juillet, (34^e jour de la troisième attaque). — Le malade est mieux que ces jours passés ; son état moral et intellectuel s'est surtout amélioré ; mais les troubles de la vue ont augmenté. Aujourd'hui, à 2 heures de l'après-midi, il lui est impossible de lire même d'assez gros caractères. Cependant les pupilles sont égales et mobiles ; les yeux suivent, dans toutes les directions et en conservant leur paralélisme, l'objet qu'on leur fait fixer. — Les paupières sont mobiles, etc., en un mot, il n'est possible de découvrir aucune lésion de la motilité dans les muscles du globe oculaire et de ses annexes. — Ces troubles de la vue présentent, comme tous les autres phénomènes de l'encéphalopathie, de très-grandes variations, à de courts intervalles ; quelquefois la vue ne distingue qu'une partie des objets, d'autres fois elle les embrasse dans leur totalité. Il n'y a point de diplopie régulière, mais une multiplication très-grande des objets regardés. — Obnubilation ; — rien dans les milieux de l'œil.

La céphalalgie, qui est égale des deux côtés et occupe la moitié antérieure du crâne, a été très-violente avant-hier et hier ; elle persiste toujours, mais à un moindre degré et consiste en une douleur continue avec élancements irréguliers. — Elle n'empêche pas le sommeil, qui est devenu meilleur depuis quelque temps. Le malade ne se plaint plus de ces terribles insomnies qui l'ont tourmenté pendant plus d'une année.

La sensibilité paraît aussi développée à droite qu'à gauche. La paralysie a diminué ; moins de déviation de la face. — La station sur la jambe droite seule et sans appui est possible ; la démarche est plus assurée ; — la physionomie paraît plus calme.

Tous les symptômes de l'encéphalopathie sont plus prononcés le soir que le matin. Leurs variations constituent de plus en plus un de leurs caractères prédominants. L'aphasie en offre l'exemple le plus remarquable. Quelquefois l'embarras de la parole est tel qu'on n'entend plus qu'un bredouillement indistinct et incompréhensible ; d'autrefois il y a du bégaiement et de la difficulté à trouver les mots. Enfin parfois, mais rarement, l'émission des mots se fait, comme son et comme sens, dans des conditions presque normales. — Aujourd'hui, le malade parlait assez bien. Il paraît qu'hier soir il était impossible de le comprendre.

Les facultés intellectuelles sont altérées ; la mémoire surtout est affaiblie ; le malade se souvient mieux des événements qui datent de cinq ou six jours que de ce qu'il vient de faire il y a dix minutes. L'anxiété, l'agitation ont beaucoup diminué, les actes sont raisonnables ; il n'y a plus ces symptômes inquiétants d'une folie imminente. Le moral est plus ferme ; les accès de tendresse puérile, avec pleurs, gémissements, etc., reviennent régulièrement, chaque fois que l'état du malade s'aggrave.

Le poulx est calme à 80, la peau fraîche, l'appétit bon. Les fonctions plastiques s'exécutent régulièrement. Je prescris 2 pilules de calomel de 0,05 centigrammes chacune et 6 grammes d'iodure de potassium.

IX.

La troisième attaque d'encéphalopathie, séparée de la première par un intervalle très-court, a débuté par une indigestion provenant sans doute d'une hyperhémie brusque de l'encéphale ; puis les vomissements ont continué pendant douze heures, ce qui prouve bien qu'ils étaient d'origine cérébrale. D'ailleurs, les troubles psychiques s'étaient reproduits, ainsi que les phénomènes d'aphasie et d'hémiplégie droite.

Mais tous ces accidents ne furent pas portés d'emblée, comme lors de la première attaque, à leur *summum* d'intensité ; ils augmentèrent peu à peu pendant 28 jours, et c'est alors seulement qu'ils atteignirent la plénitude de leur développement.

Jusqu'alors la vue avait été respectée ; dans cette troisième attaque elle fut lésée dès les premiers jours et le devint de plus en plus par la suite. On ne découvrait rien cependant d'anormal dans les milieux de l'œil, ni dans l'appareil rétinien. Les pupilles étaient égales des deux côtés et avaient conservé leur mobilité. A quoi donc devait-on rapporter ces troubles, si ce n'est à un défaut d'accommodation ? C'est ainsi que M. le Dr Wecker interpréta tous ces phénomènes variés, parmi lesquels prédominait la diplopie, ou vue partielle des objets. Mais cette akinésie du système des muscles moteurs de l'œil ne se décelait d'une manière évidente par aucune déviation des

globes oculaires ; du moins je ne pus parvenir à la découvrir.

Toujours est-il que de pareils troubles de la vue, coïncidant avec une aggravation de tous les phénomènes anormaux, psychiques, moteurs et sensitifs, indiquaient une extension du foyer morbide du côté de la base du crâne. Selon toute probabilité, les trois nerfs qui animent les muscles de l'œil gauche, c'est-à-dire le nerf oculaire commun (3^e paire), le pathétique (4^e paire) et le moteur oculaire externe (6^e paire), se trouvaient plus ou moins englobés dans la sphère d'action du processus. Ce qui prouve bien que le système des moteurs de l'œil gauche était compromis, c'est qu'il se produisit un prolapsus momentané de la paupière de ce côté-là et une immobilité insolite de l'œil. Peut-être y avait-il en même temps paralysie de quelques muscles, contracture de quelques autres ? Ces deux lésions s'observent simultanément et ne sont pas incompatibles ; elles dépendent presque toujours d'une détermination syphilitique intra-crânienne.

Parmi les autres particularités de cette troisième attaque d'encéphalopathie, il faut noter l'état d'agitation cérébrale qui s'éleva parfois jusqu'au délire. Cet état ne fut pas de longue durée ; mais il se reproduisit plusieurs fois. — Tous les symptômes présentèrent du reste des intermittences remarquables, à tel point que, le lendemain, le malade ne ressemblait plus à ce qu'il était la veille. Ces oscillations si prononcées dans la marche des accidents provenaient sans doute d'irrégularités dans l'irritation cérébrale, de fusées hyperhémiques qui irradiaient dans différentes parties de la masse encéphalique, autour du foyer morbide principal.

Du 12 au 22 juillet, l'état du malade alla tous les jours

en empirant. Vers le 17, (39^e jour de la 3^e attaque), il se trouva presque tout à coup dans l'impossibilité de tenir les objets dans sa main droite. — La paralysie fit des progrès rapides beaucoup plus accusés dans le membre supérieur que dans l'inférieur. — Diminution de la sensibilité, moindre que celle de la motilité. — Déviation prononcée de la face. — Quant à l'aphasie, elle présentait de grandes variations du soir au matin ; elle était toujours plus prononcée le soir. — La parole devenait absolument incompréhensible. — Impossibilité d'écrire. — Troubles de la vue de plus en plus accusés.

Appétit. — Toutes les fonctions organiques s'exécutent normalement. — Constipation. Je faisais prendre chaque jour 8 grammes d'iodure et 0,15 centigr. de calomel. Constipation opiniâtre.

Je perdis M. X... de vue au commencement du mois d'août, (55^e jour environ de la 3^e attaque). Il se rétablit, paraît-il, très-lentement. Un séjour de plusieurs mois qu'il fit à la campagne, jusqu'à la fin de l'année 1873, acheva ce que n'avaient pu faire les médicaments. Il revint à Paris, dans un état de santé relativement satisfaisant. Je le rencontrai le premier janvier 1874. Il était alors assez dispos. La langue restait toujours embarrassée, mais il causait facilement ; la vue s'était rétablie, et si ses facultés mentales continuaient à être affaiblies, elles ne présentaient aucun désordre choquant. Quant à l'hémiplégie, elle persistait à un assez haut degré pour rendre le bras droit presque inutile et produire une claudication très-marquée.

Depuis cette époque l'état de M. N... est toujours le même ; il a renoncé à tous les remèdes, et, quoique infirme, jouit d'une assez bonne santé. Le processus syphilitique de l'encéphale paraît donc s'être éteint, mais en laissant dans le cerveau des lésions graves qui ont compromis

le mouvement dans toute une moitié du corps, et jeté les facultés mentales dans une sorte de décadence sans doute irrémédiable.

Il est important de noter que depuis l'invasion des accidents cérébraux, aucune manifestation syphilitique ne s'est présentée sur les autres systèmes de l'économie. Il n'en est pas toujours ainsi, comme on va le voir par le fait suivant que j'ai observé à Bicêtre pendant que j'y remplaçais mon ami le docteur Descroizille,

X

Au mois d'août de l'année 1874, était couché, salle Saint-André, n° 24, M. M. . . âgé de 58 ans, tailleur, qui présentait sur le corps des cicatrices et des macules de syphilides anciennes et des lésions de syphilides récentes en pleine activité. Dans le dos et sur l'avant-bras gauche, on voyait de larges plaques très-saillantes recouvertes de squames grises ; il y avait aussi un grand nombre d'ulcérations arrondies, confluentes sur certains points, et ressemblant à des pustules d'ecthyma ; sur d'autres parties du corps, étaient disséminés des pustules de rupia et des groupes de syphilide papulo-crustacée.

Le membre supérieur droit était à moitié paralysé et l'avant-bras constamment ramené dans la position demi-fléchie par une sorte de raideur et de contracture du biceps, qui atteignait aussi d'autres muscles, et en particulier les fléchisseurs et les extenseurs, d'où une déformation bizarre de tous les doigts. La face n'était pas sensiblement déviée. Le membre inférieur droit était, comme le supérieur du même côté, privé d'une partie de sa motilité. Il y avait donc

une hémiplegie droite. Elle n'atteignait pas la sensibilité, qui était égale des deux côtés.

La première phalange du petit doigt de la main gauche avait presque doublé de volume; elle présentait sur le côté externe et en bas une exostose à contours vagues, sans engorgement des tissus environnants.

Ce malade était donc manifestement syphilitique. Voici son histoire, que je rédige d'après les notes qu'a bien voulu me communiquer M. Bourceret, interne de service. — C'est au mois de juillet 1867 que M... contracta deux chancres infectants, l'un dans le sillon, l'autre sur la partie moyenne et externe de la cuisse. En août, il entra à l'hôpital du Midi, où il fut soumis à un traitement mercuriel; il n'y resta que trois semaines, et sortit guéri de ses chancres.

Le 28 octobre 1867, (3^e mois de la syphilis), il fut pris, en travaillant, d'une attaque et tomba sans connaissance. On le transporta à l'hôpital Beaujon, où il eut, paraît-il, une attaque convulsive occupant principalement le côté droit. Au bout d'un mois il sortit conservant de la faiblesse dans tout le côté droit.

Plus tard il entra à l'hôpital Saint-Louis, où on lui fit suivre un traitement anti-syphilitique qui n'améliora pas son état.

La parésie du côté droit était stationnaire depuis le début de l'attaque, lorsque en mai 1868, (10^e mois de la syphilis; 7^e mois de la 1^{re} attaque), le malade en eut une deuxième avec perte de connaissance. On le transporta à l'Hôtel-Dieu, où on constata, outre une hémiplegie droite très-incomplète, une éruption papuleuse qui s'est renouvelée depuis par poussées successives, et presque sans interruption.

Pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, qui fut de sept mois, la paralysie augmenta rapidement. Il survint des déformations dans le membre supérieur ; la mémoire se perdit et les facultés mentales furent gravement atteintes.

On le fit entrer à Bicêtre, le 23 février 1869 (19^e mois de la syphilis).

Depuis la 2^e attaque il n'en est pas survenu d'autres ; mais le malade a eu diverses éruptions syphilitiques. Toutefois son état général s'est beaucoup amélioré et les facultés intellectuelles sont à peu près revenues à leur état normal.

Voici du reste dans quel état M. Bourceret trouva le malade en janvier 1873 : Groupes de syphilide papulo-tuberculeuse, dont quelques-uns ulcérés et d'autres à tendance serpigneuse, disséminés sur la face, le tronc et les membres. — Rien du côté des organes des sens. — Facultés psychiques à peu près normales. — Mémoire lente, mais précise. — Sensibilité intacte et égale des deux côtés du corps. Parésie du côté droit, presque nulle à la face, faible au membre inférieur, beaucoup plus prononcée au membre supérieur, où elle est accompagnée d'une déformation notable des doigts. Santé générale bonne, (traitement : iodure de potassium, emplâtre de Vigo). Au bout de deux mois, la syphilide était guérie, et le malade quitta l'infirmerie ; il y revint en juin 73, (6^e année de la syphilis), pour la parésie qu'il avait encore lorsque je pris le service au mois d'août (1).

(1) Ce malade a succombé le 28 mai 1875, c'est-à-dire à la 8^e année révolue de sa syphilis. Je résume la note que M. Bide, interne du service, a bien voulu me donner sur lui.

La syphilide papulo-crustacée récidivait incessamment ; mais l'état

Bien que je n'aie pas été témoin des premières attaques de cette encéphalopathie, je crois pouvoir affirmer qu'elle dépendait de l'action du virus syphilitique sur le cerveau. Telle était du reste l'opinion de différents médecins qui l'ont traité, puisqu'ils ont donné du mercure et de l'iode de potassium.

Elle a été très-précoce, car elle est survenue au 3^e mois du chancre, à une époque où les accidents cutanés et muqueux étaient encore nuls ou insignifiants. La deuxième attaque a été plus grave que la première ; les facultés mentales ont été momentanément compromises et l'hémiplégie du côté droit est devenue permanente à partir du 40^e mois de la syphilis. Mais, depuis lors, l'encéphale ne paraît pas avoir été le siège d'une nouvelle détermination et l'ancien foyer morbide ne s'est pas ravivé. Le processus syphilitique était-il donc définitivement éteint ? Non, puisque c'est précisément à cette date que des accidents cutanés de plus en plus sérieux se sont manifestés presque sans interruption. Il y a eu d'abord des éruptions papuleuses,

des parties paralysées restait stationnaire. On administrait à des intervalles plus ou moins éloignés du sirop de Gibert.

A la fin d'avril 1875, le malade perdit tout appétit, et les deux membres inférieurs devinrent œdématisés quoiqu'il n'y eut aucune lésion grave du cœur ni du poumon et que les urines ne continssent pas d'albumine. L'œdème envahit ensuite d'autres parties du corps et principalement le bras droit.

Vers le 25 mai, une large phlyctène se forma sur le dos du pied et les forces déclinerent rapidement. La cachexie était devenue de plus en plus prononcée ; la mort eut lieu le 23 mai.

A l'autopsie on ne trouve rien ni dans le cerveau, ni dans ses enveloppes, ni sur les parois de la boîte crânienne. Le cœur, les poumons et les reins étaient à l'état normal ; le foie, petit, d'un jaune cuir de botte, criait sous le scalpel et était manifestement sclérosé. La rate était couverte de taches opalines périspléniques. Il n'y avait aucune tumeur dans l'abdomen.

puis des plaques sèches et ulcérées, des tubercules, des ethymas, des rupias, et enfin une syphilide tuberculo-ulcéreuse à tendance serpiginieuse. L'évolution continue encore aujourd'hui malgré le traitement; mais elle s'est déplacée. Du centre, c'est-à-dire d'un viscère tel que le cerveau, elle s'est portée à la périphérie, sur la peau et le système osseux, comme l'atteste la péri-exostose de la première phalange du petit doigt de la main gauche.

Je tiens à faire remarquer ce fait, sur lequel je reviendrai plus tard, afin de montrer dès maintenant qu'il n'y a rien d'absolu dans toutes ces lois topographiques de la syphilis, créées, ou du moins formulées pour la première fois d'une manière précise par Hunter, et promulguées depuis par ceux qui ont adopté et exagéré sa doctrine.

(A suivre.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS LARYNGÉE, par POYET, interne des hôpitaux.

(Suite).

Syphilides ulcéreuses. — Les ulcérations spécifiques du larynx s'établissent comme les érosions. Elles passent toujours par l'état érosif, avant d'aboutir à l'ulcération.

Elles siègent quelquefois sur les cartilages aryténoïdes, mais le plus souvent sur la face laryngée de l'épiglotte, sur son bord libre, ou sur sa face antérieure.

Quelquefois l'épiglotte ne forme plus qu'une vaste ulcération; elle s'œdématie (*œdème sus-glottique de Cruveilhier*), prend une forme ronde, ovale, comme une noix, et ressemble presque à un museau de tanche.

Les ulcérations sont nettement limitées, à bords taillés à pic; leur fond est un peu gris; elles fournissent un pus jaune grisâtre assez bien lié.

Elles sont accompagnées généralement de douleurs vives dans le larynx, surtout au moment de la déglutition. — Les liquides passent *plus difficilement* que les aliments solides, parce qu'ils reviennent plus facilement dans le nez. — Les douleurs en avalant sont parfois tellement vives, que certains malades se laisseraient presque mourir de faim plutôt que de les affronter.

Dans beaucoup de cas de syphilis ulcéreuse, que les ulcérations du larynx aient élu domicile sur l'épiglotte, sur les cartilages aryténoïdes, sur les cordes supérieures ou inférieures, les malades se plaignent de douleurs *dans les oreilles*. Ils insistent même plus sur ces douleurs que sur celles du larynx. Si les ulcérations siègent sur l'un des

cartilages aryténoïdes ou sur l'une des cordes vocales, c'est l'oreille située du même côté que l'ulcération dont la personne se plaint, et on l'étonne beaucoup en lui disant qu'elle souffre de l'oreille gauche ou droite, selon que les ulcérations sont à droite ou à gauche. On sait, du reste, qu'en enfonçant un instrument quelconque un peu profondément dans l'oreille, on occasionne un chatouillement du larynx qui provoque la toux. La réciproque est donc vraie. D'où vient cette sympathie ? Ce n'est, du reste, ici, qu'un signe diagnostique d'une importance relative, puisque ces douleurs se retrouvent dans les ulcérations de nature tuberculeuse de la phthisie laryngée. Elles peuvent donc servir à diagnostiquer la présence d'ulcérations, sans en indiquer la nature.

L'haleine des malades est fétide. Ils se plaignent d'insomnies, et, dans certains cas, lorsque l'épiglotte est œdématisée, d'une gêne de la respiration qui, lorsque l'œdème est très-volumineux, peut menacer d'asphyxie et faire naître la nécessité de la trachéotomie, car l'on ne peut remédier instantanément aux accidents par aucune autre méthode.

La voix est rauque, saccadée ; tout en restant forte, elle prend un timbre particulier. Rarement elle s'éteint. Nous ne parlons ici que du cas où les ulcérations ont leur siège sur l'épiglotte. Lorsqu'elles sont situées sur les cordes vocales inférieures, c'est principalement sur leur bord libre qu'on les trouve. La corde ulcérée s'épaissit, devient rouge ; son épithélium disparaît et l'ulcération s'établit ; si la lésion est située sur le bord libre de la corde, ce bord devient dentelé comme une petite scie, et le malade devient aphone. Après la guérison, la corde demeure rouge pendant un certain temps et épaissie. Plus tard, il ne reste plus qu'une teinte sombre ; la corde, au lieu d'être d'un blanc brillant, est d'un blanc mat, gris bleuâtre.

Quelquefois des ulcérations partant des piliers du voile

du palais se continuent sur la base de la langue, englobent le ligament glosso-épiglotique et entourent le larynx entier d'une vaste ulcération fournissant une grande quantité de pus qui baigne le larynx. Quoique ce soit là un accident fort rare, il est plus effrayant en apparence qu'en réalité.

Voici quelques observations d'ulcérations spécifiques du larynx recueillies à la clinique du docteur Ch. Fauvel.

OBSERVATION N° 1. — Louis R..., garçon boucher, 23 ans.

Grand, fort, il paraît jouir d'une bonne santé. Cependant depuis le mois de juin 1863, ayant beaucoup travaillé la nuit, il contracta un rhume qui ne disparut qu'au bout de deux mois, et depuis ce temps il s'enrhume assez facilement.

A l'âge de 16 ans, il contracta un écoulement qui ne fut guéri qu'au bout de trois mois et qui, depuis ce temps, reparait assez facilement au moindre excès qu'il fait.

En 1867, chancre induré sur le frein, qui ne fut guéri qu'en 1868.

Dans le courant de la même année, il eut une syphilide herpétiforme sur les bras, des croûtes dans les cheveux, qui tombèrent presque complètement, des plaques muqueuses dans la bouche, et un psoriasis plantaire. Au mois de juin, il eut deux bubons qui furent ouverts avec le bistouri, et qui ne se fermèrent qu'au bout de deux mois. A ce moment, il suivit un traitement mercuriel.

En décembre 1868, il commença à s'apercevoir qu'il avait une altération de la voix, sensible surtout lorsqu'il voulait chanter. Trois mois après, la voix était complètement cassée ; mais comme à ce moment il était enrhumé et qu'il toussait beaucoup, il attribua sa dysphonie à ce rhume. Au mois de mai, la voix était complètement éteinte, et le malade commençait à souffrir dans le larynx. Au moment où nous voyons M. R., 17 septembre 1869, nous consta-

tons cette aphonie; le malade se plaint de ressentir de vives douleurs dans le larynx et dans l'oreille droite; il ne peut avaler, surtout la salive, qui est sécrétée en grande abondance.

Par l'examen au laryngoscope, qu'il supporte très-facilement, nous constatons la présence d'une vaste ulcération de la face postérieure et du bout libre de l'épiglotte, ulcération occupant aussi le tiers environ de la corde vocale supérieure droite, et le bord libre de la corde inférieure située du même côté. Les cordes se rapprochent bien, et, quoique l'épiglotte soit un peu œdématiée, le malade ne se plaint d'aucune gêne de la respiration.

Soumis à un traitement mercuriel énergique (frictions tous les jours sous les aisselles avec un gramme d'onguent mercuriel simple) et à l'iodure de potassium, à la dose de 2 grammes par jour. Nous cautérisons avec la pierre infernale les ulcérations du larynx.

Le 21, le malade va mieux; il avale plus facilement. Les ulcérations du larynx changent d'aspect. Au lieu d'être couvertes d'un pus jaunâtre, elles apparaissent bien détergées; la voix ne revient pas. Nouvelle cautérisation au nitrate d'argent.

Le 24, l'amélioration continue; le malade ne se plaint plus de l'oreille; il dort très-bien, ce qu'il ne faisait pas depuis longtemps. Nous constatons le commencement d'une stomatite. Suppression des frictions mercurielles; continuer l'iodure de potassium. Potion et gargarisme au chlorate de potasse. Atouchement des ulcérations avec la teinture d'iode pure.

Le 28, le commencement de stomatite a disparu; la voix commence à revenir. Cautérisation avec la teinture d'iode.

Le 30, le malade peut se faire entendre à une certaine distance; l'ulcération de l'épiglotte est guérie, celle des cordes ne l'est pas encore. Le malade a commencé depuis

la veille à prendre des pilules avec cinq centigrammes de proto-iodure. Il se déclare satisfait du résultat obtenu et nous dit que s'il éprouvait une aggravation il viendrait nous retrouver. Nous ne l'avons pas revu.

OBSERVATION 2. — M. Félix R..., 29 ans, emballleur.

M. F. R... vient consulter le docteur Ch. Fauvel le 2 juillet. Il se plaint d'une aphonie complète qui date de trois mois environ et qui s'est produite graduellement, petit à petit. D'une bonne santé habituelle, il ne tousse pas et n'a jamais craché de sang.

Il éprouve de vives souffrances dans le larynx, surtout lorsqu'il avale ; — douleurs d'oreilles ; — pas de gêne de la respiration.

Il y a huit ans, chancre sur le côté gauche du prépuce. Trois semaines après, bubon qui s'est ouvert spontanément. — Roséole deux mois après le chancre, qui était guéri à ce moment ; — chute des cheveux ; — croûtes dans la tête ; — aucun trouble nerveux. — La vue cependant est moins bonne. — Traité par la liqueur de Van Swieten et l'iodure de potassium.

A l'examen laryngoscopique, nous constatons d'abord une vive rougeur du vestibule laryngien ; l'épiglotte est très-abaisée. Le malade est très-sensible et très-difficile à examiner ; nous ne pouvons qu'entrevoir les cordes, et par moment. Nous soumettons M. R... à l'usage du bromure de potassium à haute dose.

Le 5, la sensibilité de la gorge est très-atténuée ; le pharynx et le vestibule du larynx sont toujours très-rouges. Nous constatons une ulcération sur les deux cordes vocales inférieures et sur la corde vocale supérieure gauche. Les cordes inférieures sont rouges, gonflées et presque détruites ; l'épiglotte est indemne, mais le cartilage aryénoïde gauche présente un point blanchâtre qui nous paraît être une ulcération naissante.

Le malade est soumis au traitement mercuriel, et à l'usage de l'iodure de potassium ; nous lui touchons le larynx avec une éponge imbibée de teinture d'iode, ce qui lui occasionne une violente quinte de toux.

Le 9, même traitement ; peu d'amélioration.

Le 12, le malade va un peu mieux ; les oreilles lui font moins mal ; il avale plus facilement ; la voix est toujours la même.

Le 19, l'ulcération du cartilage aryténoïde a disparu ; celle de la corde vocale supérieure est presque cicatrisée. Celles des cordes inférieures suppurent toujours.

Le 23, par moments, le malade fait entendre un son rauque, il est vrai, mais qu'il ne pouvait pas donner auparavant.

Nous n'avons pas revu ce malade depuis ce temps.

M. S..., 58 ans, vannier.

M. S... vint consulter le Dr Ch. Fauvel à sa clinique, au mois de février 1869.

Lorsque nous le vîmes pour la première fois (6 février), il était complètement aphone, ne pouvait pas respirer, crachait incessamment, de jour et de nuit, même pendant les repas. Son haleine était infecte. Depuis plusieurs mois, il ne dormait plus que quelques heures par nuit, et encore d'un sommeil agité. Il accusait de vives douleurs dans le larynx, douleurs qu'il comparait à un clou qu'on lui aurait enfoncé dans cette région. Douleurs d'oreilles aiguës. Fièvre tous les soirs. Il lui était impossible de manger autre chose que des panades, et encore était-il obligé de les avaler très-lentement, à cause des douleurs occasionnées par la déglutition, et parce que les aliments lui revenaient par le nez.

Rien à l'auscultation de la poitrine ; le malade ne tousse pas, du reste, et n'a jamais craché de sang.

Interrogé au point de vue de la syphilis, M. S... nous dit qu'il y a 20 ans il a eu un chancre situé sur le gland, et qui, traité par les cautérisations et le mercure, s'est passé au bout de deux mois.

A ce moment, il se déclara sur la nuque une éruption à laquelle il donne le nom de dartre, et qui disparut avec des frictions avec la pommade iodurée et l'iodure de potassium pris à l'intérieur.

Les cheveux tombèrent à cette époque. Depuis lors, il n'a plus eu aucune manifestation de la maladie et s'en croyait complètement débarrassé.

Il y a un an, il fut pris de douleurs vives dans les bras et les jambes. Il commença à cette époque aussi à ressentir quelques douleurs dans le larynx ; sa voix s'éteignit subitement, mais revint peu de temps après par l'application d'un vésicatoire au devant du cou. Les douleurs cessèrent pendant trois semaines pour reparaitre plus intenses. La voix devint mauvaise ; il eut encore recours à l'application d'un vésicatoire, mais cette fois inutilement. Petit à petit les phénomènes s'aggravèrent et mirent un an à arriver au point où nous les voyons actuellement. Pendant toute cette année, M. S... a suivi plusieurs traitements pour une « phthisie laryngée ».

A l'examen laryngoscopique, qui ne se fait que difficilement vu l'anhélation de M. S..., nous constatons : 1° que l'épiglotte est déviée, qu'elle est tortillée en tire-bouchon, qu'elle est le siège d'une vaste ulcération qui a mis le cartilage à nu et qui apparaît de couleur nacrée ;

2° Que les cordes vocales supérieures ne sont le siège d'aucune lésion, mais que les inférieures sont presque complètement détruites par des ulcérations qui les envahissent.

M. Fauvel juge donc que nous sommes en face d'ulcérations syphilitiques de la période tertiaire.

Il conseille au malade de suivre un traitement mercuriel

énergique, et de se mettre à l'iodure de potassium à haute dose (4 grammes par jour).

Le larynx est touché à plusieurs reprises avec la teinture d'iode pure.

Le 9, les phénomènes douloureux se sont déjà amendés sous l'influence du traitement ; le malade crache moins ; il a dormi la nuit dernière assez tranquillement. La respiration est toujours difficile.

Le 13, le mieux continue. Le 16, le 20, le 23, même traitement.

Le malade vient régulièrement à toutes les séances cliniques jusqu'au 3 avril.

A cette époque, les ulcérations sont complètement cicatrisées. M. S... mange facilement, dort très-bien, ne souffre plus. Il fait encore entendre en respirant un bruit de cornage ; l'épiglotte est toujours déviée ; les cordes vocales inférieures ne sont pas reconstituées, et il ne parle qu'en voix chuchotée. Il part à la campagne.

Nous perdons le malade de vue jusqu'au 29 juillet 71. Nous sommes très-étonné à cette époque en le voyant revenir avec une voix sinon bonne, du moins très-distincte. Il a beaucoup engraisé, il se porte à merveille. Au laryngoscope, nous constatons que l'épiglotte est encore déviée et de couleur nacrée, mais que les cordes vocales inférieures se sont reconstituées ; elles sont rouges, épaisses, il est vrai, mais elles se rapprochent très-bien pendant la phonation, et suffisent parfaitement à M. S... pour se faire entendre.

(A suivre.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

ÉTUDE SUR LA SYPHILIS TRACHÉALE, par Alfred REY

(Thèse de Montpellier, 1874).

Le travail de M. Rey doit être lu en détail par tous ceux qui s'intéressent à la délicate question de syphilis viscérale qui en fait l'objet; essayons néanmoins d'en présenter une rapide analyse.

Dans une première partie, l'auteur traite l'histoire tout moderne de la syphilis trachéale. Entrevu depuis le commencement du dix-neuvième siècle seulement, le rétrécissement syphilitique de la trachée est observé d'une façon positive en 1842 par Worthington; mais c'est surtout depuis vingt ans que les faits analogues se multiplient. Indiquons seulement comme points de repère les travaux de Charnal (1859), de Wilers (1863), de Mary (1865), de Biermer (1869), faits à un point de vue anatomo-pathologique et médical, et les mémoires de Boeckel (1862), et de M. Trélat (1869), traitant spécialement la question au point de vue de la thérapeutique chirurgicale.

Dans son deuxième et son troisième chapitre, M. Rey étudie la nature des lésions anatomiques produites par la syphilis sur la trachée, spécialement d'après des observations nouvelles recueillies dans les hôpitaux de Lyon et d'Alger. Nous ne saurions mieux donner une idée de ce travail de critique qu'en en reproduisant les quelques phrases suivantes :

« Comme limite extrême, sinon pour le début, du moins pour la constatation des accidents trachéaux, nous trouverons les deux dates suivantes : au minimum, neuf mois, au maximum, neuf ans après le chancre infectant....

« L'affection trachéale se rencontre et dans la syphilis héréditaire et dans la syphilis infantile, plus rarement, il est vrai, pour la dernière. Si nous adoptons la division des manifestations spécifiques en deux grandes classes, nous dirons en concluant : 1° pour la vérole acquise : dans le cours de la période des éruptions cutanées, l'inflammation trachéale passe inaperçue, en raison de sa dépendance intime avec l'inflammation laryngique. *Le processus ulcératif appartient en entier à la période des productions fibreuses et gommeuses* ; mais, quoique apparaissant d'ordinaire à une époque assez tardive, il peut aussi surgir dès le début et devenir la première manifestation des accidents profonds (*accidents de transition*) ; 2° pour la syphilis infantile : la muqueuse trachéale participe aux poussées inflammatoires du larynx ; elle sert de voie de communication pour permettre à l'inflammation née dans les fosses nasales de se propager jusqu'aux bronches. Enfin, elle peut, de même que chez l'adulte, revêtir la forme ulcéreuse, la nature du processus, probablement analogue, a échappé jusqu'ici à l'observation....

« Nous constatons au point de vue anatomo-pathologique trois genres de lésions très-distincts : 1° des ulcérations plus ou moins étendues, plus ou moins profondes, sans aucune trace de travail réparateur ; 2° le début de la période de cicatrisation caractérisé par des symptômes de rétrécissement fibreux commençant avec persistance des ulcérations en certains points ; 3° une cicatrisation complète donnant fatalement naissance à une sténose dont le degré peut varier à l'infini....

« Sur quinze cas, nous rencontrons la lésion : deux fois

immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde; sept fois *de visu*, près de la bifurcation des bronches et dans le voisinage au-dessus; 4 fois le diagnostic d'une manière probable l'obstacle, au même point; une fois la trachée presque entière est atteinte; une fois le processus s'est développé simultanément en haut et en bas. Nous pouvons donc conclure, en faisant même une large part aux erreurs de la clinique, que la *syphilis trachéale ulcéreuse occupe le tiers inférieur de la trachée dans les trois quarts des cas...*

« *Le larynx est très-rarement lésé en même temps que la trachée, tandis que les bronches participent à l'altération environ une fois sur trois.* »

Le quatrième et dernier chapitre du travail que nous analysons est consacré à la partie clinique de la syphilis trachéale. Ses différents symptômes, trop inconstants pour permettre, en l'absence de commémoratifs ou d'accidents spécifiques concomitants, de porter un diagnostic précis, sont analysés et critiqués avec soin. M. Rey insiste surtout sur les accès d'oppression pouvant donner lieu à une asphyxie presque foudroyante, qui ont été trop souvent observés dans ces cas.

Signalons encore une tentative de diagnostic entre le rétrécissement trachéal et l'obstruction laryngienne, avant d'arriver au trop court paragraphe consacré au traitement.

Après avoir esquissé les indications des divers traitements antisiphilitiques rarement efficaces en pareil cas, M. Rey combat le pessimisme de M. H. Trélat pour la trachéotomie appliquée à ce genre d'affection, et la considère comme pouvant seule réussir dans des cas désespérés en apparence. Une observation recueillie à l'Hôtel-Dieu de Lyon, et dans laquelle deux trachéotomies pratiquées successivement *in extremis* ont amené une

guérison datant de dix-huit mois, est particulièrement digne de toute l'attention des praticiens. D^r H. CONTAGNE.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA SYPHILIS TERTIAIRE, par le D^r Louis JULLIEN, brochure in-8, chez G. MASSON, éditeur, Paris, 1874.

De cet important travail, nous ne donnons aujourd'hui que les conclusions formulées par l'auteur. Nous nous réservons de revenir plus tard sur cette question, l'une des plus graves que soulève l'étude de la syphiligraphie. Posée au congrès de Lyon, la détermination de l'époque à laquelle on doit commencer le spécifique est loin d'avoir trouvé une réponse unanime chez tous les spécialistes. Les recherches entreprises par le jeune syphiligraphe lyonnais ont eu pour but d'examiner, en présence d'accidents tertiaires, la part d'influence qui revient à toute médication hydrargyrique, soit à l'intervention plus ou moins hâtive du traitement mercuriel, soit enfin à celle de l'iodure de potassium administré à l'exclusion du mercure. Mais de quelles difficultés n'est pas hérissée la solution d'un pareil problème et de combien de circonstances particulières, accessoires, etc., le médecin ne doit pas tenir compte. Ces nuances sont si nombreuses, si délicates que, au premier abord, on pourrait être effrayé de la difficulté de pénétrer la vérité à travers de pareilles difficultés; aussi, devons-nous tout d'abord féliciter notre confrère du courage qu'il a montré en abordant une tâche aussi ardue, et ceux qui le liront se joindront certainement à nous pour rendre un juste hommage à la manière dont il l'a résolue.

Voici ses conclusions :

Arrivé au terme de cette étude, pouvons-nous en tirer une conclusion générale? Nous allons essayer de le faire en reprenant et en groupant avec leurs congénères chacun de nos résultats particuliers :

1^o *Nombre*. — Relativement au nombre des sujets qu'elles contiennent, nos séries se présentent dans l'ordre suivant :

1 ^o Syphilis hydrargyrisées <i>ab initio</i>	47
2 ^o — naturelles	59
3 ^o — hydrargyrisées <i>a secundariis</i>	112

Les syphilitiques mercurialisés a secundariis constituent donc la grande majorité des tertiaires, qui se rencontrent, soit dans les hôpitaux, soit dans la clientèle; viennent ensuite par ordre de fréquence : les syphilis naturelles, puis celles qui ont été traitées ab initio par le spécifique.

2^o *Durée*. — Nous retrouvons le même ordre s'il s'agit de marquer l'allure, le degré de rapidité de la vérole; l'intervalle entre les deux périodes extrêmes :

1 ^o Syphilis hydrargyrisées <i>ab initio</i>	7 ans.
2 ^o — naturelles	4 —
3 ^o — hydrargyrisées <i>a secundariis</i>	3 —

Et la répartition des sujets dans les trois périodes que nous avons établies nous dicte le tableau suivant :

	Période tardive.	Moyenne.	Précoce.
Syphilis hydrargyrisées <i>ab initio</i>	29	21	49
— naturelles	17	13	67
— hydrargyrisées <i>a secundariis</i>	8	10	81

La syphilis soumise d'emblée au mercure est donc celle qui évolue le plus lentement; vient ensuite la syphilis naturelle, puis la syphilis mercurialisée dès les secondaires.

3^o *Nature des affections*. — Dans ce tableau, qui la représente, les proportions sont rapportées à 100 :

	Gommes cutanées ou muqueuses.	Affections osseuses.	Affections testiculaires	Affections nerveuses.
Hydrargyrisées <i>ab initio</i>	51	21	14	12
Naturelles	67	28	3	1
Hydrargyrisées <i>a secundariis</i> . . .	48	25	11	15

Les syphilis naturelles se font remarquer par la proportion d'accidents tertiaires, testiculaires et nerveux ; il est impossible, en face de ces chiffres, de ne pas être tenté d'écrire : *Les lésions tertiaires du testicule et du système nerveux sont l'apanage presque exclusif du traitement hydrargyrique. Elles se rencontrent avec la même fréquence dans les deux conditions, suivant lesquelles ce traitement est administré.*

Quel que soit le traitement infligé à une vérole, les affections gommeuses des téguments en premier lieu, les lésions osseuses en second, constituent la grande majorité de celles auxquelles le tertiariisme les expose.

4^e *Gravité de ces affections.* — Qu'on en juge par ce résumé :

	Période tardive.	Moyenne.	Précoce.
Syphilis hydrargyrisées <i>ab initio</i>	De gravité moyenne.	Grave.	Grave.
Syphilis naturelles	Moyenne.	Bénigne.	—
Syphilis hydrargyrisées <i>a secundariis</i>	Grave.	Grave.	—

C'est toujours la même série qui se montre sous le plus fâcheux aspect. Nous avons dans le cours de ce travail justifié le jugement sévère porté dans ces trois étapes ; nous n'y reviendrons pas. Ces syphilis naturelles ont, nous l'avons démontré, comme un temps de repos après les quatre premières années ; c'est cette période que nous appelons bénigne. Les mercurialisées d'emblée voient au contraire, grâce au spécifique, les affections de leur première période se prolonger jusqu'au début de la troisième, et se compliquer d'accidents nerveux redoutables.

Si nous avons à ranger d'une façon générale nos trois séries par ordre de bénignité, nous adopterions l'ordre suivant : 1° syphilis naturelles ; 2° syphilis naturalisées d'emblée ; 3° syphilis mercurialisées secondaires.

DU VAGINISME, SES CAUSES, SA NATURE ET SON TRAITEMENT,
suivi d'une leçon clinique de M. le professeur LORAIN,
par le docteur A.-G. LUTAUD.

Broch. in-8°, 1875, chez G. Masson, éditeur.

La monographie récemment publiée sous ce titre est la plus complète qu'on puisse souhaiter sur une affection morbide peu déterminée jusqu'ici, et qui tantôt participe d'une névrose générale, tantôt de l'hystéro-pathie proprement dite, ou le plus souvent se manifeste comme étant une affection isolée, éminemment nerveuse, caractérisée par la contraction spasmodique du vagin et en même temps du sphincter de la vulve. Pour M. Lutaud, le vaginisme, relativement à sa nature et à ses causes, est toujours symptomatique. Entre autres causes occasionnelles, il cite certaines affections cutanées, telles que l'*herpès* et l'*eczéma*, comme remplissant un rôle assez important dans la production du vaginisme; d'après lui, les contractions musculaires que ces affections provoquent dans la région vulvo-vaginale sont comparables à celles qui résultent des mêmes éruptions dartreuses au pourtour de la bouche, de l'anüs et des paupières.

La *vaginite* et la *vulvite* concourent également à cette étiologie; toute inflammation vulvaire ou vaginale s'accompagnant nécessairement d'une hyperesthésie plus ou moins intense, qui disparaît ou le plus souvent persiste et con-

stitue l'affection rebelle, désignée sous le nom de vaginisme.

Enfin on a observé des cas où cette névralgie dépendait d'excroissances épithéliales qui s'étaient développées au pourtour de l'orifice vaginal.

L'auteur insiste sur l'importance au point de vue étiologique de bien étudier la nature de ces excroissances, car il se peut qu'au lieu d'une simple production épithéliale, il s'agisse d'un névrome ou d'un tubercule sous-cutané, ce qui d'ailleurs ne fait point varier le traitement.

M. Lutaud donne les règles à suivre dans la manière de traiter le vaginisme, selon qu'il se rattache à un état général ou à des lésions locales. Ce sont surtout les procédés chirurgicaux qui font l'objet de son étude. Des observations sont transcrites à l'appui de cet exposé. Une leçon de M. le professeur Lorain ajoute à l'intérêt du mémoire sur le vaginisme.

OM FEBERTIFALDE HOS SYPHILITISKE (observations cliniques sur la fièvre syphilitique), par le Dr Victor BREMER, médecin en second de l'hôpital de Copenhague.

Il résulte de ce travail, qui rend compte de 44 cas de syphilis observés thermométriquement, que pendant le cours de la syphilis il se produit, plus fréquemment peut-être qu'on ne le croit d'ordinaire, une élévation de la température.

Dans les premières manifestations de la syphilis constitutionnelle, sur 19 cas il n'y en a eu qu'un seul où la température ne se soit pas élevée à 38° centigrades. Chez 12 malades elle dépassait 38°, chez 5 elle montait à 39° et au-dessus, et chez un jusqu'à 40°.

Dans les récidives, la température élevée a été observée

plus rarement ; aussi sur 25 cas il y en a eu 9 où elle restait au-dessous de 38°.

La fièvre syphilitique, d'après l'auteur, ne s'accompagne pas d'un cortège symptomatique bien grave. Deux fois seulement dans ses observations la température s'est élevée à 40°. Le plus souvent elle s'est tenue à environ 38°.

La durée de cette fièvre est courte. Quant à sa forme, elle s'est ordinairement montrée continue, à petites rémissions le matin (quelquefois au contraire exacerbations le matin).

La forme intermittente, mentionnée surtout par les auteurs français comme la plus fréquente, n'a pas été observée, ni la *typhose syphilitique* signalée particulièrement par le Dr A. Fournier.

L'observation du pouls n'a rien présenté de remarquable.

L'effet rapide et extraordinaire d'une médication spécifique (mercure et iodure de potassium) signalé par les Allemands n'a pas été constaté.

Dr COURTAUX.

REVUE DES JOURNAUX

DE L'INOCULATION.

Nous extrayons d'un article récemment publié par M. le Dr Fournier, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, les quelques lignes suivantes qui forment la conclusion de cet intéressant travail.

CONCLUSIONS PRATIQUES.

1° L'inoculation est une méthode qui, dans un certain nombre de cas, peut fournir à la science et à la pratique de très-utiles lumières.

2° L'inoculation ne doit jamais être pratiquée que *sur le malade même* auquel est emprunté le pus à expérimenter. C'est dans l'intérêt de ce malade que l'expérience est faite, c'est donc lui, tout naturellement, qui doit en supporter les frais, pour ainsi dire, qui doit en courir les chances, en subir les inconvénients. Cela va de soi, cela ne saurait donner matière à discussion.

Conséquemment, c'est l'*auto-inoculation* seule dont nous pouvons disposer comme méthode diagnostique. L'hétéro-inoculation nous est interdite au nom de la morale la plus simple, la plus élémentaire.

3° L'inoculation comporte certains *inconvenients*, voire même exceptionnellement certains *dangers* locaux. Quelque méthodiquement instituée, quelque attentivement sur-

veillée qu'elle puisse être, elle expose toujours à certains risques. Il convient donc en pratique d'être aussi réservé que possible dans l'emploi de cette méthode.

4° Pour que le médecin soit moralement autorisé à pratiquer l'inoculation, il faut que l'inoculation soit *légitimée par un intérêt sérieux*, par un intérêt non pas seulement scientifique, mais *pratique* et afférent au malade ; sinon elle dégénère en une recherche de curiosité, devient un abus, je dirai même un acte regrettable, immoral.

5° L'inoculation ne doit jamais être pratiquée que du libre et plein *consentement du malade*, dûment averti de ce qu'on se propose de faire, de l'intention qu'on poursuit, et des conséquences probables de cette petite expérience. C'est là d'abord affaire de rigoureuse convenance ; c'est là, de plus, en ce qui nous concerne, nous médecins, une précaution utile contre des récriminations désobligeantes. Pour ma part, je désapprouve formellement les inoculations *par surprise*, comme j'en ai vu pratiquer plus d'une fois à l'hôpital sur des malades non avertis, ne sachant ni ce qu'on leur veut ni ce qu'on leur fait, et transformés ainsi vis-à-vis de l'opérateur en véritables sujets à expériences. Lorsqu'il nous faut expérimenter sur l'homme, procédons avec dignité, et gardons-nous surtout des allures d'expérimentateurs *in animâ vili*.

6° L'inoculation doit être pratiquée suivant les règles que nous avons formulées précédemment, protégée contre toute cause d'irritation, et surveillée avec une attention scrupuleuse tout le temps nécessaire soit à la constatation du résultat cherché, soit à la réparation de la lésion produite.

7° Enfin, au cas où un chancre simple est résulté de l'inoculation, dès que les caractères de ce chancre ont été dûment constatés, dès qu'il n'est plus utile à l'expérience, il faut s'empresse de l'*éteindre*, sans lui laisser le temps de progresser. Il faut le tuer sur place, immédiatement, à

l'aide d'une cautérisation énergique et véritablement destructive. C'est pour avoir négligé cette précaution élémentaire qu'on a eu trop souvent à déplorer de regrettables accidents comme conséquences de l'inoculation.

SUR LA RUBÉOLE (RÖTHELN DES ALLEMANDS), par G. LEWIS SMITH.

De la fin de l'année 1873 au mois de mai 1874, la ville de New-York a été le siège d'une épidémie dont aucun de ses médecins ne se souvient d'avoir vu d'autre exemple, et qu'ils rattachent presque tous à ce qu'on a décrit en Europe sous le nom de *rubéole* (France) ou de *rötheln* (Allemagne). L'auteur trace un tableau de cette affection d'après 54 cas qu'il a observés sur des sujets âgés de 8 mois à 30 ans, mais particulièrement sur des enfants âgés de 5 à 10 ans. La marche de la maladie est la suivante : première période prodromique quelquefois totalement absente, le plus souvent bénigne et sans caractères spéciaux (céphalalgie, nausées, etc.) ; puis période d'état dans laquelle se dessine une éruption presque toujours morbilliforme, quelquefois scarlatiniforme, débutant par le dos et la poitrine, généralisée au bout de 24 heures, et disparaissant au bout de 4 jours sans laisser de traces. Du côté des muqueuses, M. Lewis Smith a noté une angine et une conjonctivite avec œdème palpébral sans aucune gravité. Chose remarquable, il n'a pas observé pendant la période éruptive de complication appréciable du côté du larynx, de la trachée, ni des bronches. Du côté de la digestion, perte de l'appétit, nausées allant quelquefois jusqu'au vomissement, langue humide, légèrement saburrale. Une seule fois, l'auteur a constaté une très-légère albuminurie.

Les symptômes généraux sont en rapport avec la bénignité des accidents locaux ; le pouls monte rarement au-dessus de 110 pulsations par minute, et le thermomètre se maintient presque toujours aux environs de 100° F. Dans quelques cas, la fièvre, après avoir disparu avec l'éruption, comme cela a eu lieu dans tous les cas, se rallumait au bout de 2 à 4 jours, mais d'une manière tout à fait éphémère.

Le pronostic a été constamment favorable ; comme complications, nous trouvons notés deux cas de diphtérie pharyngée bénigne, 1 cas de varicelle et 2 pneumonies, dont la seconde n'a débuté que 4 jours après la disparition de l'éruption. Le traitement est insignifiant.

Comme tous ceux qui ont observé des cas de rubéole, l'auteur se pose la question de l'identité et de la non-identité de cette maladie avec la rougeole ; il se rattache à cette dernière opinion, en se fondant sur la moins grande gravité des faits qu'il a observés, sur l'absence de bronchite et surtout sur ce fait remarquable que *19 de ces malades avaient déjà eu la rougeole, et qu'un vingtième a pris cette dernière maladie un mois après avoir eu la rubéole.* (*Archives of dermatology*, octobre 1874).

D^r H. COUTAGNE.

CAS DE SYPHILIS GOMMEUSE PRÉCOCE ET RÉFRACTAIRE A L'IODURE DE POTASSIUM, par Ch. MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi.

Voici les conclusions de cet intéressant travail :

1° Le chancre infectant le plus simple peut donner lieu à une syphilis irrégulière ;

2° Parmi les anomalies de la syphilis, il en est une qui consiste dans la brièveté et la bénignité des accidents cu-

tanés et muqueux, et l'apparition précoce des productions gommeuses ;

3° L'observation rapportée dans ce travail prouve que les productions gommeuses surviennent quelquefois trois mois après le début du chancre ;

4° Ces gommages précoces évoluent comme la gomme des syphilis anciennes. Il est possible qu'elles n'aient aucune tendance à la résolution et qu'elles soient absolument réfractaires à l'iodure de potassium, qui ne peut ni les prévenir, ni les guérir.

ÉRUPTION CUTANÉE CHEZ UN ENFANT CAUSÉE PAR DU BROMURE DE POTASSIUM PRIS PAR LA MÈRE, par le D^r TILBURY Fox.

Il s'agit d'un enfant de 3 mois présentant sur divers points de la peau une éruption acnéiforme ; la mère prenait du bromure de potassium depuis 18 à 20 mois. On le lui fit suspendre, et l'affection de l'enfant disparut. La mère reprit ensuite du bromure, et bientôt une seconde éruption d'acné se montra sur la peau de son enfant. Nous devons faire remarquer que le bromure de potassium n'avait déterminé chez la mère elle-même aucune manifestation cutanée (*The Lancet*).

D^r Ch. SCHWARTZ.

UN CAS D'HERPÈS ZOSTER PRÉSENTANT DES PARTICULARITÉS REMARQUABLES, par le D^r KAPOSI.

Au moment de la première observation cet herpès siégeait à la face postérieure de l'avant-bras, de la main et

des doigts du côté droit ; la face antérieure de l'avant-bras ne présentait que quelques points malades, la face palmaire de la main et des doigts était entièrement libre ; cette éruption ne dépassait pas le coude en haut. Trois jours après, elle s'était répandue sur le bras et l'épaule, et le lendemain, sur la moitié droite du thorax. Enfin elle dépassa de beaucoup la lésion médiane, et plusieurs groupes isolés apparurent jusque sur l'épaule gauche. A part quelques groupes où les vésicules avaient formé des bulles par confluence, la plupart des éléments éruptifs avaient l'aspect de ceux de l'herpès circiné. Le groupement et le développement successif de ces éléments rappelaient également l'herpès circiné. En effet les vésicules, en se fusionnant et en séchant, formaient des croûtes qui s'entouraient d'une série successive de nouvelles vésicules formant couronne, aux dépens desquelles les plaques ainsi formées gagnaient en étendue. Or, dans le zona, il ne se produit jamais de nouvelles poussées de vésicules autour de la croûte primitive ; on ne voit jamais un élément miliaire s'étendre jusqu'aux dimensions d'une pièce de 50 centimes par annexion des éléments éruptifs périphériques ; dans le zona, toutes les vésicules d'un même groupe sèchent en même temps. Dans ce cas, la disposition des groupes était aussi très-remarquable ; les vésicules et les croûtes qui en étaient résultées formaient de longues trainées dont quelques-unes atteignaient 1-2 pouces de longueur, et qui, loin de correspondre à la direction des nerfs cutanés sous-jacents, la croisaient transversalement. Ce cas d'herpès zoster se distingue donc des cas ordinaires par les particularités suivantes : 1° le groupement des éléments éruptifs qui rappelle l'herpès circiné ; 2° la disposition des vésicules et des croûtes en forme de longues trainées non superposées aux branches nerveuses sous-jacentes ; 3° la marche progressivement centripète de l'éruption ; 4° la bilatéralité

vraie de l'affection ; et 5^e enfin, par ce fait tout à fait inusité que ce zona récidiva deux mois après la guérison de la première éruption : l'éruption nouvelle présenta de nouveau absolument les mêmes caractères, et les nouveaux éléments occupaient en bien des points le même siège que les anciens, reconnaissables encore à la pigmentation de la peau.

D^r CH. SCHWARTZ.

(*Wiener medizinische Wochenschrift.*)

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE URÉTHRALE PAR LES INHALATIONS D'HUILE ÉTHÉRÉE, par le prof. ZEISSL.

L'auteur cite seulement deux observations. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 30 ans atteint d'urétrite purulente. Le malade entre à l'hôpital le 18 février ; le 19, on le soumet à une première inhalation d'essence de térébenthine rectifiée. Dès le lendemain, l'urine exhalait l'odeur de la violette. Les inhalations sont continuées tous les jours, matin et soir, pendant un quart d'heure au moins chaque fois, sans que le malade ressente le moindre malaise. L'écoulement muco-purulent conserve jusqu'au 4 mars sa consistance et son abondance, et ce n'est qu'à dater de ce jour que l'on peut constater une diminution notable dans la sécrétion morbide. L'appétit du malade n'est nullement troublé, et le 14 mars il sort complètement guéri.

Chez le second malade, âgé de 38 ans, affecté également d'une urétrite purulente, on a employé l'huile éthérée de pin qui apparaît plus rapidement dans l'urine que l'huile éthérée de térébenthine.

Les inhalations amènent chez ce malade une diminution de l'écoulement au bout de 18 jours ; cependant, on fut

obligé, pour compléter la guérison, d'avoir recours aux injections astringentes.

Pour ces expériences, on s'est servi de l'appareil employé avec succès par le professeur Dittel, pour l'inhalation des substances balsamiques dans la pyélite et le catarrhe des voies urinaires. Cet appareil est très-simple ; il est constitué par une bouteille munie de deux tubulures en verre qui pénètrent perpendiculairement dans son intérieur. A l'orifice extérieur de l'une de ces tubulures est adapté un tuyau en caoutchouc d'une longueur d'un mètre environ. Ce tuyau se termine par un tube en verre de 6 centimètres qui est en rapport avec la bouche.

Il est difficile, d'après ces deux seules observations, d'apprécier la valeur de ce nouveau mode de traitement, mais il est douteux qu'il se généralise beaucoup. Toutefois il pourrait, dans certains cas, rendre de réels services si de nouveaux faits venaient démontrer son efficacité. (*Union médicale.*)

LIVRES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Traité théorique et pratique de la syphilis et des maladies vénériennes, par MM. les docteurs L. BELHOMME et Aimé MARTIN, 2^e édition entièrement refondue, 4 fort vol. in-18, Paris. G. MASSON, 1875.

Irrigation naso-pharyngienne, par le docteur ALVIN, broch. in-8^o. G. MASSON, 1875.

TABLE
DES MATIÈRES DU TOME SIXIÈME

1874—1875

A

Action (de l') de la sueur sur quelques sels métalliques. Considérations sur le rôle de la sueur et des glandes sudoripares, par le Dr Aubert.....	156
Affections syphilitiques de la sclérotique, par le Dr F. Sturgis.	318
Auspitz. — V. Effets (des) de la stase veineuse dans la peau...	396

B

Bony. — V. Herpès généralisé fébrile.....	47
Broadbent. — V. Leçons sur les affections syphilitiques du système nerveux.....	56
Bligh. — V. Emploi du bromure de potassium dans la blennorrhagie.....	73
Bizarri. — V. Solution de nitrate d'argent dans le traitement de l'épididymite blennorrhagique.....	75
Besnier (Ernest). — V. Emploi des tissus imperméables, etc., dans le traitement des affections de la peau.....	312
Bremer. — V. Observations cliniques sur la fièvre syphilitique.....	462

C

Cas de teigne tonsurante, par le Dr Tilbury Fox.....	64
Cas de non-consolidation d'une fracture du tibia due à une syphilis latente; guérison rapide par le traitement spécifique, par le Dr Wilson Steele.....	65
Cas de lupus traité sans caustique, par le Dr Tilbury Fox.....	66
Contribution à l'étude statistique et au traitement de la gale, par le professeur Petters.....	78
Considérations anatomo-pathologiques et nosologiques sur l'ecthiomène, pour en désigner la nature et en indiquer le traitement, par le Dr Dauvergne père.....	81
Cas d'éléphantiasis du scrotum opéré par le Dr Lloyd.....	141
Chincholle. — V. Nature parasitaire du pityriasis capitis, etc....	219
Calvo. — V. Traitement des complications de la blennorrhagie...	238
Contribution à l'étude de la syphilis laryngée, par le Dr Poyet.....	298, 447
Courrèges. — V. Étude sur la pelade.....	309
Classification (de la) des maladies de la peau, par le Dr A. Charpy.	321
Charpy. — V. Favus miliaire.....	328
— — V. Histoire naturelle des parasites végétaux.....	330
Considérations sur la nature et le traitement de la pelade, par le Dr Horand.....	408
Cas de syphilis gommeuse précoce et réfractaire à l'iodure de potassium, par le Dr Ch. Mauriac.....	467
Cas (un) d'herpès zoster présentant des particularités remarquables, par le Dr Kaposi.....	468

D

Dorvell. — V. Purpura.....	68
Duhring (Louis). — V. Érythème noueux.....	68
Dauvergne père. — V. Considérations anatomo-pathologiques sur l'ecthiomène, etc.....	81
Dauvergne père. — V. Nomenclatures et classifications dermatologiques.....	241

E

Essai sur l'influence de l'alcoolisme dans le développement de plusieurs groupes d'affections cutanées, par le Dr Renault...	54
Érythème noueux rhumatismal, par le Dr L. Duhring.	68
Emploi du bromure de potassium dans la blennorrhagie, par le Dr Bligh.	73
Exemple de lentigo généralisé; son traitement, par M. le professeur Hardy.	235
Étude sur le traitement de certaines adénites inguinales par la méthode de l'aspiration, par le Dr Le Pileur.	305
Étude sur la pelade, par le Dr Courrèges (analyse par le Dr Schwartz).....	309
Emploi des tissus imperméables, et notamment de la toile de caoutchouc, dans le traitement des affections de la peau, par le Dr Ernest Besnier.	312
Elsberg. — V. Rétrécissements (des) syphilitiques de la glotte...	316
Effets (des) de la stase veineuse dans la peau, par le Dr Auspitz.....	396
Étude sur la syphilis trachéale, par le Dr Rey (analyse par le Dr Coutagne).....	455
Éruption cutanée chez un enfant, causée par du bromure de potassium pris par la mère, par le Dr Tilbury Fox.....	468

F

Fox (Tilbury). — V. Signe pathognomonique de la phthiriasé...	64
Fox (Tilbury). — V. Cas de teigne tonsurante.....	64
Fox (Tilbury). — V. Cas de lupus traité sans caustique.....	66
Friedlander. — V. Recherches sur le lupus.....	76
Fox (Tilbury). — V. Traitement du sycosis non parasitaire....	153
Fournier. — V. Lésions tertiaires de l'anüs et du rectum.....	154
Fournier. — V. Sarcocèle syphilitique.....	224
Favus miliaire, par le Dr A. Charpy.	328
Fournier. — V. Inoculation (de l').....	463
Fox (Tilbury). — V. Éruption cutanée chez un enfant, causée par du bromure de potassium, etc.	468

G

Gary. — V. Cas d'éléphantiasis du scrotum.....	147
Gailleton. — V. Traité élémentaire des maladies de la peau...	141
Gubler. — V. Traitement hydriatique des maladies chroni- ques, etc.	393
Guérard (L.). — V. Quelques mots sur le lupus.....	401

H

Herpes généralisé fébrile, par M. Bony.....	46
Hutchinson (Jonathan). — V. Quand et comment faut-il donner le mercure dans la syphilis.....	79
Hardy. — V. Ichthyose (de l') et de ses variétés. Exemple de lentigo généralisé; son traitement. Traitement général des furoncles. Du strophulus; son traitement.....	235
Huchard. — V. Ichthyose (de l') et de ses variétés, etc.....	235
Hart. — V. Observation de sueur sanguine.	317
Histoire naturelle des parasites végétaux, par le Dr A Charpy.	330
Horand. — V. Considérations sur la nature et le traitement de la pelade.	408

I

Index bibliographique.....	160, 240, 320, 400
Ichthyose (de l') et de ses variétés, par M. le professeur Hardy.	235
Inoculation (de l'), par le Dr A. Fournier.....	464

J

Jullien (Louis). — V. Recherches statistiques sur l'étiologie de la syphilis tertiaire.....	458
--	-----

K

Kaposi. — V. Cas (un) d'herpès zoster présentant des particularités remarquables.....	468
---	-----

L

Leçons sur les affections syphilitiques du système nerveux, par le Dr Broadbent (analyse par le Dr Schwartz).....	56
Lane. — V. Résumé d'une leçon sur la syphilis tertiaire, etc..	61
Lloyd. — V. Cas d'éléphantiasis du scrotum.....	141
Lésions tertiaires de l'anus et du rectum, par le Dr Fournier..	154
Le Pileur. — V. Étude sur le traitement de certaines adénites inguinales, etc.	305
Le Bret. — V. Manuel médical des eaux minérales.....	308
Lutaud. — V. Vaginisme (du), ses causes, sa nature, etc.....	461

M

Mauriac (Charles). — V. Psoriasis de la langue, etc.....	70
Malassez. — V. Note sur le champignon de la pelade.	75
Mémoire sur les affections syphilitiques précoces des centres nerveux, par le Dr Ch. Mauriac.....	161, 265, 354, 427
Mireur. — V. Syphilis (la) et la prostitution dans leurs rapports, etc.	212
Manuel médical des eaux minérales, par le Dr Le Bret.....	308
Mauriac. — V. Cas de syphilis gommeuse précoce, etc.....	467

N

Note sur le champignon de la pelade, par le Dr Malassez.....	75
Nature (de la) parasitaire du pityriasis capitis et de l'alopécie consécutive, par le Dr Chincholle.	219
Nomenclatures (des) et des classifications dermatologiques, par	

TABLE DES MATIÈRES.

477

le Dr Dauvergne père.....	241, 338
Notes sur le lichen planus, par Taylor.....	314

O

Observation de chancre syphilitique du col, par le Dr Ch. Schwartz.....	51
Observations pratiques sur le traitement de la syphilis constitutionnelle, par le Dr Schutzenberger	221
Observation de sueur sanguine, par W. P. Hart.....	317
Observations cliniques sur la fièvre syphilitique, par le Dr Bremer (analyse par le Dr Courtaux).....	462

P

Purpura, par le Dr Dorvell.....	68
Psoriasis (du) de la langue et de la muqueuse buccale, par le Dr Ch. Mauriac.....	70
Petters. — V. Contribution à l'étude statistique et au traitement de la gale.....	78
Porak. — V. Lésions tertiaires de l'anus et du rectum.....	154
Pommade contre l'eczéma interfessier.....	159
Pichard. — V. Sarcocèle syphilitique.....	219
Poyet. — V. Contribution à l'étude de la syphilis laryngée.....	298, 44

Q

Quand et comment faut-il donner le mercure dans la syphilis, par le Dr Jonathan Hutchinson.....	79
Quelques mots sur le lupus. — Ce qu'il faut penser de cette dénomination, par le Dr L. Guérard.....	401

R

Résumé d'une leçon sur la syphilis tertiaire et la cachexie syphilitique, par M. Lane (analyse par le Dr Schwartz).....	61
---	----

Recherches sur le lupus, par le Dr Friedlander.....	76
Rétrécissements syphilitiques de la glotte, par le Dr Elsberg...	316
Rey (Alfred). — V. Étude sur la syphilis trachéale.....	453
Recherches statistiques sur l'étiologie de la syphilis tertiaire, par le Dr Louis Jullien.....	458
Rubéole (sur la), par le Dr Lewis Smith.	466
Recherches sur les altérations de la sensibilité dans les affec- tions de la peau, par le Dr H. Rendu.	5, 110, 193

S

Schwartz. — V. Observation de chancre syphilitique du col.....	51
Signe pathognomonique de la phthiriasse, par le Dr Tilbury Fox.	64
Steele (Wilson). — V. Cas de non-consolidation d'une fracture du tibia due à une syphilis latente, etc.....	95
Solution de nitrate d'argent dans le traitement de l'épididymite blennorrhagique, par le Dr Anacleto Bizarri.	75
Syphilis (la) et la prostitution dans leurs rapports avec l'hy- giène, la morale et la loi, par le Dr Mireur (analyse par M. le Dr Diday).	212
Schutzenberger. — V. Observations pratiques sur le traite- ment de la syphilis constitutionnelle.....	221
Sarcocèle (du) syphilitique, par le Dr A. Fournier.....	224
Strophulus (du); son traitement, par M. le professeur Hardy..	235
Sturgis. — V. Affections syphilitiques de la sclérotique.....	318
Smith Lewis. — V. Rubéole (sur la).	469

T

Traité élémentaire des maladies de la peau, par le Dr A. Gail- leton (analyse par le Dr Le Bret).....	147
Traitement du sycosis non parasitaire, par le Dr Tilbury Fox..	153
Traitement du lupus et du lupus érythémateux, par le Dr E. Voiel.....	158
Traitement de la gale, par le Dr Weinberg.....	159
Traitement général des furoncles, par M. le professeur Hardy..	235
Traitement des complications de la blennorrhagie, par le Dr D. Calvo.	238

TABLE DES MATIÈRES.

479

Taylor. — V. Notes sur le lichen planus.....	319
Traitement (du) hydriatique des maladies chroniques et des principales stations hydro-minérales adaptées aux différentes formes morbides, par le professeur Gubler.	393
Traitement de la blennorrhagie uréthrale par les inhalations d'huile éthérée, par le Dr Zeissl.....	470

V

Veiel. — V. Traitement du lupus, etc.....	158
Vaginisme (du), ses causes, sa nature et son traitement, par le Dr Lutaud.....	461

W

Woinberg. — V. traitement de la gale.	159
--	-----

Z

Zeissl. — V. Traitement de la blennorrhagie uréthrale, etc....	470
--	-----